

Jores - Praktische Psychosomatik

# Jores Praktische Psychosomatik

Einführung in die Psychosomatische und  
Psychotherapeutische Medizin

Dritte vollständig neue Ausgabe

Herausgeber: Adolf-Ernst Meyer, Hellmuth Freyberger,  
Margit von Kerekjarto, Reinhard Liedtke und Hubert Speidel

Verlag Hans Huber  
Bern · Göttingen · Toronto · Seattle

Adresse des federführenden Herausgebers:

Prof. Dr. Reinhard Liedtke

Klinik für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie der Universität Bonn

Sigmund-Freud-Straße 25

D-53105 Bonn

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

**Jores Praktische Psychosomatik** : Einführung in die psychosomatische  
und psychotherapeutische Medizin / Hrsg.: Adolf-Ernst Meyer -

3., vollst. neue Ausg. - Bern ; Göttingen ; Toronto ; Seattle : Huber, 1996

Bis 2. Aufl. u.d.T.: Praktische Psychosomatik

ISBN 3-456-82104-2

NE: Meyer, Adolf-Ernst [Hrsg.]; Praktische Psychosomatik



1. Auflage 1996

© 1996 Verlag Hans Huber, Bern

Satz: Satzspiegel, Bovenden

Druck: Kösel GmbH & Co., Kempten

Printed in Germany

# Inhaltsverzeichnis

## I. Einführung

- A. *Arthur Jores: 1901–1982* . . . . . 11  
HELLMUTH FREYBERGER
- B. *Vorwort* . . . . . 15  
ADOLF-ERNST MEYER

## II. Psychosomatische Grundlagen

- A. *Grundrichtungen der Psychotherapie und ihre Modelle* . . . . . 25  
ADOLF-ERNST MEYER
- B. *Konzepte und Störungsbilder in der psychosomatisch-psychotherapeutischen  
Medizin* . . . . . 49  
HUBERT SPEIDEL

## III. Psychotherapeutische Möglichkeiten und Verfahren

- A. *Der erste Arzt-Patient-Kontakt – Ärztliches Gespräch* . . . . . 65  
HUBERT SPEIDEL
- B. *Balint-Gruppe und psychosomatische Grundversorgung* . . . . . 80  
HUBERT SPEIDEL
- C. *Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Behandlungsmethoden* . . . . . 89  
CHRISTEL BÖHME-BLOEM
- D. *Systemische Therapie* . . . . . 124  
LILI SEIDE, BURKARD JÄGER und HELLMUTH FREYBERGER
- E. *Verhaltenstherapie* . . . . . 135  
HANS-WERNER KÜNSEBECK
- F. *Supportive Psychotherapie* . . . . . 148  
HELLMUTH FREYBERGER, JUTTA NORDMEYER und HARALD J. FREYBERGER

|    |  |     |
|----|--|-----|
| G. | <i>Weitere Psychotherapieverfahren</i> . . . . . | 161 |
|    | ELKE DAUDERT                                     |     |
| H. | <i>Psychopharmakologische Therapie</i> . . . . . | 172 |
|    | HARALD J. FREYBERGER                             |     |

#### IV. Spezielle Psychosomatik

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| A.  | <i>Herz- und Kreislaufstörungen</i>   |     |
| A.1 | Herzneurose . . . . .   | 185 |
|     | FRIEDRICH-WILHELM DENEKE  |     |
| A.2 | Essentielle Hypertonie . . . . .  | 194 |
|     | WOLFGANG MEYER und VOLKER-E. KOLLENBAUM   |     |
| A.3 | Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt . . . . .  | 202 |
|     | VOLKER-E. KOLLENBAUM und WOLFGANG MEYER   |     |
| A.4 | Herzchirurgie . . . . .   | 213 |
|     | GISELA HUSE-KLEINSTOLL und HUBERT SPEIDEL   |     |
| A.5 | Herztransplantation . . . . .   | 220 |
|     | HANS-WERNER KÜNSEBECK   |     |
| B.  | <i>Atmungsstörungen</i>   |     |
| B.1 | Hyperventilationssyndrom . . . . .  | 224 |
|     | ADOLF-ERNST MEYER   |     |
| B.2 | Asthma . . . . .  | 228 |
|     | RAINER RICHTER  |     |
| C.  | <i>Störungen des Verdauungstraktes</i>  |     |
| C.1 | Funktionelle gastrointestinale Störungen: funktionelle Dyspepsie,<br>irritables Colon, Laxantienmißbrauch . . . . . | 239 |
|     | HELLMUTH FREYBERGER und HARALD J. FREYBERGER  |     |
| C.2 | Ulcus duodeni . . . . .   | 248 |
|     | HELLMUTH FREYBERGER und HARALD J. FREYBERGER  |     |
| C.3 | Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen . . . . .   | 259 |
|     | GISELA HUSE-KLEINSTOLL  |     |
| C.4 | Lebertransplantation . . . . .  | 279 |
|     | THOMAS KÜCHLER  |     |
| D.  | <i>Eßstörungen</i> . . . . .  | 284 |
|     | REINHARD LIEDTKE, WOLFGANG LEMPA, BURKARD JÄGER<br>und HELLMUTH FREYBERGER  |     |
| E.  | <i>Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege</i>   |     |
| E.1 | Urologische Erkrankungen . . . . .  | 314 |
|     | HUBERT SPEIDEL  |     |
| E.2 | Dialyseverfahren . . . . .  | 325 |
|     | HUBERT SPEIDEL  |     |
| E.3 | Nierentransplantation . . . . .   | 338 |
|     | HUBERT SPEIDEL  |     |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| F.  | <i>Schmerz</i> . . . . .   | 344 |
|     | ULRICH T EGLE  |     |
| G.  | <i>Erkrankungen des Bewegungsapparates</i>                         |     |
| G.1 | Fibromyalgie . . . . .   | 361 |
|     | HELLMUTH FREYBERGER und HARALD J. FREYBERGER                       |     |
| G.2 | Lumbago-Ischalgie-Syndrome . . . . .                               | 367 |
|     | ULRICH SCHULTZ-VENRATH   |     |
| G.3 | Rheumatoide Arthritis . . . . .                                    | 382 |
|     | HELLMUTH FREYBERGER und HARALD J. FREYBERGER                       |     |
| H.  | <i>Diabetes mellitus</i> . . . . .                                 | 387 |
|     | REINHARD LIEDTKE   |     |
| I.  | <i>Onkologische Erkrankungen</i> . . . . .                         | 393 |
|     | MARGIT VON KEREKJARTO, THOMAS KÜCHLER und KARL-HEINZ SCHULZ        |     |
| J.  | <i>Allergie</i> . . . . .  | 423 |
|     | RAINER RICHTER   |     |
| K.  | <i>Sexuelle Störungen</i> . . . . .                                | 435 |
|     | BERNHARD STRAUSS   |     |
| L.  | <i>Artifizielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome</i> . . . . . | 446 |
|     | REINHARD PLASSMANN   |     |
| M.  | <i>HIV-Infektion und AIDS</i> . . . . .                            | 457 |
|     | BERND FITTSCHEN  |     |
| N.  | <i>Dermatologische Erkrankungen</i> . . . . .                      | 464 |
|     | CLAUDIA WELZEL-RUHRMANN und REINHARD LIEDTKE                       |     |
| O.  | <i>Gynäkologische Erkrankungen</i> . . . . .                       | 483 |
|     | BERNHARD STRAUSS   |     |
| P.  | <i>Neurologische Erkrankungen</i> . . . . .                        | 501 |
|     | REINHARD LIEDTKE und MICHAEL STIENEN                               |     |
| Q.  | <i>Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen</i> . . . . .                      | 519 |
|     | ULRICH LAMPARTER   |     |
| R.  | <i>Probleme und Erkrankungen des Alters</i> . . . . .              | 532 |
|     | ANTJE HAAG   |     |
| S.  | <i>Zahnmedizinische Erkrankungen</i> . . . . .                     | 542 |
|     | BERNHARD STRAUSS   |     |

## V. Psychosomatik und Institutionen

|    |   |     |
|----|---|-----|
| A. | <i>Konsiliar- und Liaisontätigkeit</i> . . . . .                              | 551 |
|    | REINHARD LIEDTKE und HANS-WERNER KÜNSEBECK                                    |     |
| B. | <i>Allgemeine Krankenstationen und Intensivbehandlungseinheiten</i> . . . . . | 558 |
|    | HUBERT SPEIDEL und WOLFGANG MEYER   |     |

|    |   |     |
|----|---|-----|
| C. | <i>Selbsthilfegruppen</i> . . . . .                                       | 567 |
|    | GISELA HUSE-KLEINSTOLL  |     |
| D. | <i>Zum Stellenwert der Arbeitswelt in der Psychosomatik</i> . . . . .     | 574 |
|    | ULRICH STUHR  |     |
| E. | <i>Psychosomatische Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren</i> . . . . . | 584 |
|    | HELLMUTH FREYBERGER, ADELHEID KÜHNE und HARALD J. FREYBERGER              |     |
|    | <b>Verzeichnis der Autoren</b> . . . . .                                  | 591 |
|    | <b>Sachregister</b> . . . . .   | 593 |



ARTHUR JORES 1901–1982



## A. ARTHUR JORES: 1901–1982

ARTHUR JORES habe ich erstmals 1951 im Kölner Universitätsklinikum erlebt. Dort hielt er als Gast des Poliklinikers HANS SCHULTEN einen Vortrag mit dem Thema: «Die psychologischen Wurzeln des Asthma bronchiale». Im überfüllten Hörsaal der Medizinischen Klinik ließ sich eine ausgeprägte, ambivalent-kritische Einstellung des Auditoriums gegenüber JORES und seinem Thema fassen. Jedoch kam er unerwartet gut bei seinen Zuhörern an und zwar nicht nur wegen seiner vorgebrachten Thesen, sondern vor allem auch infolge seines hohen Selbstbewußtseins. JORES trug provokativ-überzeugend sein klinisch-psychosomatisches Thema vor. Auch imponierte er durch sein hervorragendes rhetorisches und didaktisches Können.

Dieser damalige Eindruck auf seine Zuhörer spiegelt JORES' Weg als Arzt, Hochschullehrer und Forscher wider. Diesen begann er 1919 mit der brieflichen Mitteilung an seinen Vater – damals Ordinarius für Pathologische Anatomie in Kiel –, daß er sich zum Medizinstudium entschlossen habe. Das Schreiben enthielt unter anderem den Satz: «... daß ich auf die Probleme in der Medizin warte, deren Lösung mir vorbehalten ist»\*. Ergänzend bemerkte JORES, sein durchaus bescheidener Vater wäre von diesem Satz entsetzt gewesen und hätte von seiner Mutter beruhigt werden müssen. Aber – so fuhr JORES fort –, «dieser Satz war doch der Ausdruck eines gewissen Sendungsbewußtseins, das mich nie verlassen hat. So ging ich fest und

unbeirrt meinen Weg». Heute – 76 Jahre nach dieser Aussage – dürfen wir JORES bescheinigen, daß er als internistisch orientierter Psychosomatiker in der Tat wesentlich mit zur Lösung von bestimmten zentralen Problemen der Medizin beigetragen hat. Dies wurde ihm nicht nur ermöglicht, weil er ein guter Arzt und origineller Wissenschaftler war, sondern auch ein typischer Pionier mit den entsprechenden Vorzügen, der aber auch jene großen Risiken in Kauf nahm, die das Pioniertum beinhaltet. Gerade diese Kombination von ärztlichem Engagement und Sendungsbewußtsein, gepaart mit hoher Originalität und unbeirrbarer Formulierungskraft, waren jene so charakteristischen Wesenszüge von JORES, die seine Schüler, Studenten und Kollegen durchgehend bei ihm wahrgenommen haben.

Während seiner Assistentenzeit auf der Inneren Abteilung, Krankenhaus Altona, wurde der Werdegang von JORES entscheidend beeinflusst durch seinen Lehrer LEOPOLD LICHTWITZ. Dieser öffnete ihm nicht nur den Weg zur Inneren Medizin, sondern auch zur biologischen Rhythmuskforschung und zur Endokrinologie. Als JORES schon fest damit rechnete, daß LICHTWITZ einen Ruf erhalten und er mitgehen werde, zerschlugen sich plötzlich diese Pläne, da LICHTWITZ Jude war und in die USA emigrieren mußte. Nun ging JORES zu HANS CURSCHMANN nach Rostock, wo er sich 1934 mit einem endokrinologischen Thema habilitierte.

---

Entnommen dem Kapitel «ARTHUR JORES» in PONGRATZ J (Hrsg.) «Psychotherapie in Selbstdarstellungen». Huber, Bern/Stuttgart 1973.

Nach der NS-«Machtübernahme» glaubte JORES, der von lokalen Nazi-Funktionären unter Druck gesetzt wurde, in die SA eintreten zu müssen. Für ihn wurden jedoch das wiederholte Tragen von Braunhemden sowie die Abkommandierung zu einem «Dozentenakademie-Lehrgang» und einem «Wehrsportlager» schließlich unerträglich. Deshalb entschloß er sich, wieder auszutreten. Infolgedessen galt nun JORES als «national unzuverlässig». Auch hiermit dürfte zusammenhängen, daß 1936 seine erfolgverheißende wissenschaftliche Laufbahn in Rostock deshalb eine jähe Unterbrechung erfuhr, weil er von einem Mitassistenten, der ein fanatischer Nazi war, denunziert wurde. Dieser hatte im Kliniksekretariat eine Sendung von JORES gefunden, die dessen Buch «Innere Medizin für Zahnärzte» und Sonderdrucke mit persönlichen Widmungen enthielt, die an seinen Lehrer LICHTWITZ gerichtet waren. JORES mußte die Universität verlassen und fand vorübergehend bei der Chemischen Fabrik Promonta in Hamburg eine neue Arbeitsstätte. Eine weitere Erniedrigung mußte JORES im Zweiten Weltkrieg über sich ergehen lassen, als er 1943 sechs Monate lang inhaftiert wurde. Er hatte nämlich im Anschluß an die schweren Bombenangriffe auf Hamburg geäußert, wir wären in Zukunft verpflichtet, alles nur Mögliche zu tun, um dieses grausige Schauspiel zu vermeiden. Während der nachfolgenden Gerichtsverhandlung im Frühjahr 1944 erfolgte der Freispruch.

Im Herbst 1945 wurde JORES – als Nachfolger von SCHOTTMÜLLER und WEITZ – auf den Lehrstuhl für Innere Medizin in Hamburg berufen und zum Direktor der II. Medizinischen Klinik, Universitätskrankenhaus Eppendorf, ernannt. 1953 bekleidete er das Amt des Rektors. 1958 lehnte JORES den Ruf auf einen Lehrstuhl für Innere Medizin der Universität München ab. An seiner Klinik bildeten sich drei wissenschaftliche Schwerpunkte: Endokrinologie, Kardiologie und Psychosomatik.

In den «Selbstdarstellungen» schreibt JORES, früher wiederholt gefragt worden zu sein, warum er nicht bei seinem alten Forschungsgebiet – der Endokrinologie – geblieben wäre, sondern «den höchst problematischen und schwankenden Boden der

Psycho- logischen Medizin» betreten hätte. Seine Antwort habe regelmäßig gelautet: «Dazu haben mich meine Patienten gezwungen.» JORES verschrieb sich von 1948 bis zu seiner Emeritierung konsequent der klinischen Psychosomatik, weil er bereits damals klar erkannte, daß diese einen integrierenden Bestandteil der Medizin darstellt. In diesem fast zwanzigjährigen Zeitraum trug er entscheidend dazu bei, daß die Psychosomatik in Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine zunehmende Berücksichtigung fand. Seine sieben Bücher «Vom kranken Menschen» (1961), «Die Medizin in der Krise unserer Zeit» (1966), «Menschsein als Auftrag» (1967), «Der Asthmatiker» zusammen mit MARGIT VON KEREKJARTO (1969), «Worte für Kranke» (1969), «Um eine Medizin von morgen» (1969) sowie «Der Mensch und seine Krankheit» (1970) verdeutlichen beispielhaft die systematischen und enthusiastischen Bemühungen von JORES.

Gerade angesichts seines Pioniertums blieb es jedoch nicht aus, daß JORES häufig beföhdet wurde. Es gab eine größere Zahl von universitären und niedergelassenen Kollegen, die seine Ansätze als zu hypothetisch und spekulativ betrachteten. Ferner bestanden zwanzig Jahre lang teilweise heftige Auseinandersetzungen mit dem damaligen Eppendorfer Psychiater HANS BÜRGER-PRINZ und seinen Mitarbeitern. Schließlich kam es aber auch in der eigenen Klinik wiederholt zu nicht unerheblichen Spannungen zwischen den sog. «Somatikern» und den sog. «Psychosomatikern», die auch JORES trafen. Unter diesen oftmals polemischen Fehden hat er zeitweise sehr gelitten. Sie haben aber sein konsequentes, beharrliches Sich-Verschreiben «an die Sache» – ein typischer JORES'scher Verhaltenszug – niemals ernsthaft beeinträchtigt.

Einen abschließenden Höhepunkt seiner Laufbahn erlebte JORES 1967 in seiner Eigenschaft als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Vorsitzender des Wiesbadener Internistenkongresses. Die Leitthemen spiegelten die Meilensteine seines Forschungswerkes wider: Psychosomatik, Endokrinologie und Rhythmusforschung. In seinem vielbeachteten Eröffnungsvortrag «Gestörte Entfaltung als pathogenetisches

Prinzip» skizzierte JORES Entstehungsmöglichkeiten des psychosomatischen Krankseins und unterstrich die grundsätzliche Bedeutung der Psychotherapie auch in der Inneren Medizin.

Als der große Pionier ARTHUR JORES im Anschluß an den Internistenkongreß als Emeritus das Eppendorfer Krankenhaus verließ, da gestaltete er seinen Abschied mit der gleichen großen Bescheidenheit, die ihn vorher stets als Arzt, studentischer Lehrer und Forscher ausgezeichnet hatte. JORES hinterließ eine Klinik, die im wahrsten Sinne des Wortes «mo-

dern» war. Seine Klinik zeigte nämlich bereits damals ein weitgehendes Departmentsystem und verfügte über eine sehr leistungsfähige psychosomatische Abteilung.

Im Jahre 1977, lange Zeit nach seiner Emeritierung, gab JORES, zusammen mit Fachkollegen, bei Huber in Bern das Lehrbuch «Praktische Psychosomatik» heraus, das eine ungewöhnlich hohe erste Auflage erlebte und in zweiter Auflage 1981 erschien.

HELLMUTH FREYBERGER

## **B. Vorwort oder: Zur Komplexität des Faches «Psychosomatik» oder: Was dürfen unsere Leser erwarten**

ADOLF-ERNST MEYER

ARTHUR JORES hatte viele Talente; er war aber auch ein eminent pragmatischer Mensch. Wenn Falldiskussionen in subtile Erwägungen vorstießen, ob ein Symptom mehr Abwehr- oder mehr Trieb-Charakter aufweise, oder wie integriert die «inneren Objekte» bei diesem Kranken seien, konnte er solches zum praktischen Punkt bringen, indem er sagte: «Und was *tun* wir jetzt mit dem Patienten?» Folgerichtig hießen die beiden Veröffentlichungen, die wahrscheinlich – innerhalb seiner vielen Monographien – die breiteste Rezeption bei Ärzten fanden, «Praktische Endokrinologie» und «Praktische Psychosomatik».

Als sich uns die Frage stellte, ob wir JORES-Schüler (zusammen mit JORES-Enkeln) diese Monographie für eine dritte Auflage überarbeiten und herausgeben sollten, waren wir uns rasch einig, daß wir diesen praktisch-pragmatischen Aspekt möglichst erhalten wollten. Dafür allerdings mußten wir uns daran orientieren, daß seit der zweiten (und letzten) Auflage dieses Buches (1981) sich die beruflichen Konkretisierungen von Psychosomatik erheb-

lich verändert hatten und damit auch die Interessenlage unserer potentiellen Leser.

Der Deutsche Ärztetag hat 1992 zwei neue Facharztbezeichnungen geschaffen, einen für «Psychotherapeutische Medizin» und den anderen für «Psychiatrie und Psychotherapie». Erhalten blieben die Zusatzbezeichnungen »Psychotherapie« und »Psychoanalyse«, ferner der Fachkundenachweis «Psychosomatische Grundversorgung». Erhalten blieb ferner «Psychosomatik und Psychotherapie» als Lehr- und Prüfungsfach innerhalb des Medizinstudiums mit entsprechenden Abteilungen an allen bundesrepublikanischen Medizinhochschulen.

Außerdem ist hochwahrscheinlich, daß es bald ein Gesetz geben wird, welches den Heilberuf des «Psychologischen Psychotherapeuten» neu schaffen wird. Danach werden sich Psychologen, unter der Voraussetzung vorgeschriebener postgraduierter Weiterbildung, an der Krankenkassenversorgung als Psychotherapeuten beteiligen können.

Diese verwirrende Vielfalt, welche kennzeichnend für die Bundesrepublik ist und sich

dergestalt in keinem andern Land findet, kann nur anhand ihrer historischen Entwicklung verstanden werden, was hier kurz nachgezeichnet wird, wobei zwischen (a) dem psychotherapeutischen, (b) dem holistischen und (c) dem integriert-psychosomatischen oder integriert-medizinischen Ansatz differenziert wird. Alle drei Ansätze stehen im unvereinbaren Widerspruch zum Grund-Credo der naturwissenschaftlichen Medizin:

«Brücke und ich, wir haben uns verschworen, die Wahrheit geltend zu machen, daß im Organismus keine andern Kräfte wirksam sind, als die gemeinen physikalisch-chemischen; daß, wo diese bislang nicht zur Erklärung ausreichen, mittels der physikalisch-mathematischen Methode entweder nach ihrer Art und Weise der Wirksamkeit im konkreten Fall gesucht werden muß, oder daß neue Kräfte angenommen werden müssen, welche, von gleicher Dignität mit den physikalisch-chemischen, der Materie inhärent, stets auf nur abstoßende oder anziehende Componenten zurückzuführen sind.» (DU BOIS-REYMOND, 1918, S. 108, geschrieben als 24jähriger Medizinstudent im Mai 1842).

a) Der *psychogenetisch-psychotherapeutische Ansatz* beginnt in und nach dem Ersten Weltkrieg mit der Ausweitung der psychoanalytischen Therapie von den Neurosen auf Organ-Krankheiten.

1917 erscheint GRODDECKs «Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden», welchem sich 1922 Felix DEUTSCH, der den Ausdruck «psychosomatisch» wieder aufnahm, mit «Über das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der Innern Medizin» anschließt. Im selben Jahr veröffentlicht Edoardo WEISS die psychoanalytische Behandlung eines Asthmakranken.

Nach dem Ersten Weltkrieg passiert etwas historisch sehr Eigenartiges: die (allerdings begrenzte) Rezeption, welche die Psychoanalyse in den Medizinhochschulen der Weimarer Republik überhaupt erreichte, fand sie in der Inneren Medizin, also mit ihrem psychosomatischen Ansatz, und nicht in der Psychiatrie. Den wenigen Ausnahmen, z. B. KRETSCHMER; SOMMER oder MAUZ, standen erbitterte Gegner wie BUMKE, HOCHÉ oder DE CRINIS gegenüber. Dies ist keine Selbstverständlichkeit, denn (a) gehört Psychotherapie affinitäts-gemäß zur Psychiatrie, (b) haben gleichzeitig mit der oben beschriebenen Ausdehnung der Psychoanalyse in die innere

Medizin weit renommierte Analytiker (ABRAHAM, FREUD, C.G. JUNG) diese auf psychiatrische Krankheiten angewendet, und (c) wurde die Psychoanalyse von der Psychiatrie anderer Länder durchaus – wenn auch unterschiedlich intensiv – übernommen.

Die USA erwiesen sich als besonders aufnahmebereit, die Hochschulpsychiatrie der Schweiz, Hollands, Frankreichs, Ungarns und Skandinaviens übernahm mit Vorbehalten. Diejenige Österreichs zollte mehr dem internationalen Ansehen FREUDs einen gewissen Tribut als seiner Sache. Dagegen haben die kaiserliche und die Weimarer Psychiatrie der Psychoanalyse eine Ablehnung entgegengebracht, die sich in dieser Intensität in keinem anderen Land fand.

Gemessen an ihren Konzeptualisierungen war allerdings von den deutschen Protagonisten der Hochschulpsychosomatik bis 1945 (KREHL, V. BERGMANN, V. WEIZSÄCKER) nur WEIZSÄCKER stark psychoanalytisch orientiert (aber nicht intensiv psychotherapeutisch), die anderen vertraten mehr eine holistisch-allgemeinpsychologische Psychosomatik.

Pikanterweise wurde die psychoanalytische Psychosomatik auch innerhalb der Psychoanalyse selber abgelehnt. FREUD schrieb nämlich – und sein Einfluß auf die Psychoanalytiker war damals noch viel gewichtiger als heute:

«Von solchen (scl. psychosomatischen) Untersuchungen mußte ich die Psychoanalytiker aus erzieherischen Gründen fernhalten, denn Innervationen, Gefäßerweiterungen und Nervenbahnen wären zu gefährliche Versuchungen für sie gewesen, sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken.» Brief FREUDs an V. V. WEIZSÄCKER 1932.

Erstaunlich ist die Geringschätzung FREUDs sowohl hinsichtlich der Standfestigkeit der psychoanalytischen Theorie gegenüber der Physiologie wie auch von der Flexibilität und Diskriminationsfähigkeit seiner Schüler. Diese Schmuddelkindposition der Psychosomatik in der Psychoanalyse änderte sich – zwar nur vorübergehend, aber immerhin für gut zwei Dekaden – durch ALEXANDER (1950), der eine Theorie entwickelt hatte, in welcher er für sieben Körperkrankheiten, die sogenannten «Heiligen Chicago Sieben», je einen bestimmten unbewußten Konflikt beschrieb, welcher diese Krankheiten jeweils (mit)deter-

minierte. Damit hatte ALEXANDER genau das getan, was FREUD für derart gefährlich hielt: Er hatte Psychoanalyse und Physiologie zusammengebracht.

Zum Beispiel führte beim Ulcus-duodeni-Kranken der unbewußte Wunsch nach Nährend-Versorgtwerden zu einer «Scheinfütterungs»-Physiologie des Magens, wie sie aus PAWLOWSchen Experimenten bekannt war, und über diese zu einer «Andauung» der Magenschleimhaut. Oder die unbewußte Erwartung eines Hypertonikers, sich nächstens gegen einen Angriff körperlich wehren zu müssen, führte zu einer ergotropen Hochstellung des Blutdrucks, was v. UEXKÜLL (1963) später sehr treffend «Bereitstellungs-Krankheit» nannte.

Da in dieser Theorie die jeweilige Art der physiologischen Veränderungen mit der Wunschrichtung des zugehörigen unbewußten Konflikts oder auch dessen Abwehr (oder beidem) biologisch verstehbar verbunden war, benannte Alexander diese Konflikte als «spezifische».

Da Psychoanalytiker explizit für die Behandlung unbewußter Konflikte ausgebildet waren, konnten sie sich in der ALEXANDER-Theorie zu Hause fühlen – verführerischer noch, diese legte ihnen nahe, das Feld «Psychosomatik» für sich zu beanspruchen. Dadurch, daß ALEXANDER nur bestimmte Krankheiten als «psychosomatische» erklärte (deren schließliche Zahl er offen ließ), für welche damit dann Psychoanalytiker zuständig wurden, bestärkte er Psychosomatik als Spezialdisziplin.

Diese Akzeptation durch «die» Psychoanalyse war deswegen vorübergehend, weil sich zum einen zeigte, daß das Gros psychosomatisch Kranker sich für die Behandlung mit hochfrequenter Langzeit-Psychoanalyse zumeist als nicht motiviert oder nicht geeignet oder beides erwies, und sich zum anderen zu ALEXANDERS Spezifitätstheorie erhebliche Ausnahmen und Inkonsistenzen fanden, auf welche dieses Buch an allen notwendigen Stellen eingeht.

Der bisherige Überblick ist «Geschichte von ihrem Ergebnis her geschrieben», d. h., aus einer Vielzahl von «psychosomatischen» Ansätzen wurde nur auf diejenigen fokussiert, die sich schließlich durchgesetzt haben. Un-erwähnt bleiben Richtungen wie Neo-Vitalis-

mus, Medizinische Anthropologie, ferner die praktisch wichtige Gruppe, die vorwiegend mit Hypnose arbeitete, und die Bewegung, welche sich unter dem Etikett «Ganzheitsmedizin» um die Zeitschrift «Hippokrates» sammelte (s. SCHULTZ, 1982).

Zeitgleich mit der erwähnten Aufwertung der psychoanalytischen Psychosomatik kam es in der Bundesrepublik zu folgender Entwicklung: Die großen Fortschritte in der medizinischen Diagnostik erlaubten immer sicherer, organisch-strukturelle Läsionen als Ursache für Sich-Krank-Fühlen zu finden oder aber auszuschließen. Der Erfolg der sozialen Marktwirtschaft weitete qua sozial die Krankenkassenleistungen aus und ermöglichte qua Wirtschaftserfolg deren Finanzierung, wodurch Kranke immer spezialisiertere ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen konnten.

Bis in die sechziger Jahre unverändert blieb jedoch die Ablehnung der – nun bundesrepublikanischen – Psychiater gegen Psychoanalyse oder psychodynamische Psychotherapie, was erhebliche Konsequenzen hatte.

Zum einen erwarben sich BRD-Psychiater nur ausnahmsweise Kompetenzen in Psychotherapie, zum anderen behielten sie dadurch ihre Rolle als Ärzte für Geisteskranke mit entsprechender hoher Prestige-Barriere.

Aus letzterem folgte, daß sich entsprechend Kranke vorwiegend an Allgemeinärzte oder Internisten um Hilfe wandten – unter Berufung auf ihre Erschöpfung, ihre Tachykardie, Schweißausbrüche usw. Es war die hohe Zeit der Diagnose «Vegetative Dystonie». Die selbstkritischen und menschenkennenden unter diesen Ärzten motivierten solche Kranken gegen erheblichen Widerstand, einen Psychiater aufzusuchen. Ihre Patienten kamen wie Bumerange zurück, der psychiatrische Konsilbericht lautete sinngemäß: «Kein Anhaltspunkt für eine Psychose. Wir empfehlen Bellergal.»

Dies bewog eine Reihe führender Internisten, z. B. CURTIUS, HEILMEYER, JORES, SEITZ, v. UEXKÜLL dazu, in den fünfziger und frühen sechziger Jahren eigene Psychotherapeutische Abteilungen einzurichten, oder – bei Einverständnis ihrer Fakultät – eigenständige Kliniken. Gegenüber der Vorkriegs-Ära gab es einen gewichtigen Unterschied: HEILMEYER ausgenommen waren diese Pioniere alle selber praktizierende Psychotherapeuten. Davon un-

abhängig und früh gründete MITSCHERLICH mit Rockefeller-Fund-Unterstützung die Psychosomatische Klinik in Heidelberg.

Sintemal diese Abteilungen über psychotherapeutische Kompetenz verfügten, welche in «der» Psychiatrie nicht vorhanden war, wurden in jenen keineswegs nur (aber auch) Psychosomaten behandelt, sondern auch (teilweise sogar häufiger) Neurosen und Charakterprobleme sowie funktionelle Sexualstörungen. Dennoch hießen diese Institutionen durchwegs «psychosomatisch» und dies aus mindestens zwei Gründen. Zum einen aus Rücksicht auf die und in Abgrenzung von den psychiatrischen Kollegen. Zum andern *gewann der Begriff «Psychosomatik» einen gewissen prestige-schonenden Tarn- und Deck-Charakter*, den alle Beteiligten (Patienten, Angehörige, Zuweisende und Ausübende) gerne nutzten. Die zweite Hälfte der Benennung, nämlich «Somatik» verlieh auch Phobien oder Schweißausbrüchen den Ernst einer «richtigen» Krankheit, und außerdem vermittelte das Epitheton «psychosomatisch» das Charisma eines schwerverständlichen und deshalb umso bedeutungsvolleren Leidens.

b) Die *holistische Tradition* wird im Vorwort des ersten Psychosomatik-Lehrbuchs (WEISS u. ENGLISH, 1943) explizit gemacht: «Psychosomatik ist ... so alt wie die Kunst des Heilens selber. Sie ist keine Spezialität, sondern eine Sehweise, die für alle Aspekte von Medizin und Wundarznei gilt. Es geht nicht darum, das Soma weniger, sondern darum, die Psyche mehr zu studieren.»

In der Tat findet man diese Konzeptualisierung bereits über 2000 Jahre früher in PLATOS Dialog des Charmides: «Wie Du ein Auge nicht behandeln kannst, ohne den ganzen Kopf zu behandeln, kannst Du den Kopf nicht behandeln, ohne den ganzen Menschen zu behandeln.»

Der Unterschied zur ALEXANDERSchen Konzeption besteht darin, daß hier nicht bestimmte Krankheiten als «psychosomatisch» ausgezeichnet werden, sondern daß *die «psychosomatische Sehweise» für die gesamte Medizin gilt*.

Dieser holistische Ansatz ist eine «gute Utopie», d.h. eine, die im Prinzip richtig ist, aber an der Begrenztheit menschlicher Mög-

lichkeiten scheitert. Auch PLATO begrenzt sich, nämlich auf den «ganzen Menschen», womit er noch «größere» psychosoziale Ganzheiten unberücksichtigt läßt: Familie, Arbeitskollektiv, Freundeskreis, Glaubensgemeinschaft, Sippe, Nation usw.

Realiter erlauben uns die Begrenztheit von Zeit und Ressourcen nicht einmal, regelmäßig bei jedem unserer Kranken ein EKG oder eine Thoraxaufnahme zu machen, es sei denn, dies sei angezeigt.

WEISS und ENGLISH haben nicht explizit formuliert, auf welche Weise das von ihnen geforderte «die Psyche mehr zu studieren» zustande kommt, aber ihre Fallbeispiele zeigen, daß dies durch konsiliarische Hinzuziehung eines psychoanalytisch kompetenten Psychiaters geschieht, was bald als Consultation-Liaison-Psychiatrie (s. u.) bezeichnet wurde.

Bei solchem Vorgehen hängt die Verwirklichung der holistischen Konzeption in der Praxis von der Kompetenz der primärversorgenden Ärzte ab, Indikationen zu erkennen, aufgrund derer sie entweder selber psychologisch untersuchen oder einen «Psycho-Experten» zuziehen sollen.

c) Dies konsequent zu Ende gedacht, führt zum Modell der «*Integrierten Psychosomatik*» oder besser «*Integrierten Medizin*», wie es v. UEXKÜLL vertritt (s. z. B. 1992). Da grundsätzlich, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, bei jeder Krankheit (und nicht nur bei den sogenannten psychosomatischen) psychosoziale Faktoren eine therapiebedürftige oder prognoserelevante Rolle haben können (von AIDS, s. Kap. IV.M, über Hämolyse, s. Kap. IV.E.2 oder Krebs, s. Kap. IV.I, bis zu Zahnmedizin, s. Kap. IV.S) und außerdem die Verantwortung, bzw. das Erkennen, ob und wann psychologisch zu untersuchen ist, beim primärversorgenden Arzt liegt, *müssen alle Ärzte über psychosomatische oder psychosoziale Grundkompetenzen verfügen*. Psychosomatik ist eine Grunddimension moderner, eben integrierter, Medizin, und solche Kenntnisse sind ebenso unverzichtbar wie solides Wissen in Anatomie/Pathoanatomie, Physiologie/Pathophysiologie, Pharmakologie/Pharmakotherapie. Integrierte Medizin verlangt, daß in der Lehre und in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung

die Vermittlung von psychosozialen Kompetenzen ganz erheblich verstärkt werden muß.

Die nächste Entwicklungsphase der BRD-Psychosomatik beginnt in den späten sechziger Reichtumsjahren, in welchen vier völlig divergente Faktoren wirksam wurden:

1. Annemarie DÜHRSEN wies in einer Großuntersuchung nach, daß psychoanalytische Psychotherapie zu erheblichen Kostensenkungen hinsichtlich Hospitalisierung führt (DÜHRSEN, 1962). Das bewog die Krankenkassen, Kostendeckung für analytische Psychotherapie in einem Umfang zu übernehmen, wie dies in keinem andern Lande der Fall ist.
2. In einer jener idiosynkratischen geschichtlichen Wenden, die sich marxistischer Betrachtung entziehen, sogar dann, wenn der Marxismus davon profitiert, gab es einen Studentenaufstand, und dieser wählte sich als Guru Herbert MARCUSE, und mit diesem eine Kombination von Marxismus und Psychoanalyse.
3. Der Reichtum der sechziger Jahre schien eine radikale Reform und Verbesserung des Medizinstudiums zu erlauben, ja zu gebieten. Der Zeitgeist und objektive Daten verlangten, daß dabei die psychosoziale Seite der Medizin ein stärkeres Gewicht erhalten mußte. Die neue *Ärztliche Approbationsordnung* (ÄAppO) von 1970, unter richtungweisender Mitwirkung von v. UEXKÜLL, führt Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie und Psychosomatik/Psychotherapie als Lehr- und Prüfungsfächer ein. Durch die erweiterte Benennung «Psychosomatik und Psychotherapie» wurde ein Stück weit Flagge gezeigt, nämlich, daß die Hauptkompetenz dieser Abteilungen in Psychotherapie bestand. Daneben blieb die Bezeichnung «Psychosomatik» erhalten und sollte signalisieren, daß auch Körperkrankheiten behandelt würden.

Es läßt sich auch vermuten, daß damit eine doppelte Abgrenzung erreicht werden sollte (durch «Psychotherapie» von der Internmedizin und durch «Psychosomatik» von der Psychiatrie), um damit Autonomie von der manchmal einengenden Umarmung durch eines der beiden Mutterfächer zu erreichen.

Mit dieser ÄAppO wurde Integrierte Medizin ein Stück weit verwirklicht – aber eben nur ein Stück, denn wenn man diese neuen Fächer mit dem alten, nämlich Psychiatrie, zusammenzählt, beträgt deren Lehranteil kärgliche 7 Prozent. Verglichen mit den hohen Prävalenzwerten (etwa 20 % in Allgemeinpraxen, etwa 30 bis 50 % in Spitalabteilungen, s. u.), ist dies sicher zu wenig. Jedoch gab die ÄAppO der BRD-Psychosomatik einen wichtigen Entwicklungsschub. An praktisch allen Medizinhochschulen wurden entsprechende Abteilungen, mit Lehr-, Fortbildungs- und Forschungs-Kapazitäten, eingerichtet.

Aus zwei Gründen wurde danach allerdings nur der Sprung vom Elend in die Armut geschafft, was nicht wenig ist – aber zu wenig. (i) Die Reformen der ÄAppO waren gegen Artikel 12 des Grundgesetzes: «Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.» Zumindest interpretierten die Verwaltungsgerichte dies so. Aus Artikel 12 folge, daß eine Vermehrung des Lehrpersonals vorrangig der Zulassung von mehr Studienbewerbern zu dienen habe und nicht einer Qualitätsverbesserung des Studiums, z. B. durch Ausbildung in Kleingruppen und am Krankenbett. (ii) Die erste Ölkrise verwandelte den Reichtum der sechziger Jahre in die Knappheit der siebziger Jahre, und der geplante Aufbau fand nur teilweise statt, was naturgemäß die neu einzurichtenden Fächer überproportional traf.

4. Von 1950 bis 1990 ist die Bettenzahl für Psychosomatisch / Psychoneurotisch-Kranke von etwa 500 auf 8299 gestiegen (Stand 1989). Allerdings befinden sich von letzteren nur 1253 in Akutkrankenhäusern, dagegen 7046 (also gut fünf mal so viel) in sog. Psychosomatischen Fachkliniken, wo der Aufenthalt ganz überwiegend von Rentenversicherungsträgern (also der BfA und den damals 11 LVAen) für Rehabilitation bezahlt wird. Die steile Zunahme betrifft somit überwiegend die letzteren (MEYER et al., 1991). Zusätzliche Daten ermöglichen, diese eigenartige Diskrepanz zu verstehen.

(a) Ungeachtet eines deutlichen Stadt-Landunterschieds in der Bevölkerungsprävalenz von psychosomatisch-psychoneurotischen Störungen verschwindet diese Differenz in den Praxen niedergelassener Ärzte für Allgemeinmedizin fast völlig: 21 bis 23 Prozent der dortigen Patienten zeigen sich behandlungsbedürftig in diesem Bereich. (Die Punktprävalenzen in Akutkrankenhäusern liegen mit 28 bis 42 % noch etwas hö-



her.) (b) In der sogenannten EVaS-Studie (Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor; SCHACH et al., 1989) fanden «psychiatrisch erfahrene Lehrbeauftragte» für Allgemeinmedizin sogar 30 Prozent. Zu denken gibt, daß die Praxeninhaber selber nur 3 bis 4 Prozent ihrer Patienten (also etwa ein Zehntel) analog einstufen. Dies verweist auf einen unzureichenden Ausbildungsstand in psychosomatischen Kompetenzen dieser primärversorgenden Ärzte. (c) Die Anamnesedauern sind hoch: Je nach Stichprobe sind zwischen 16 und 67 Prozent der betreffenden psychosomatisch/psychoneurotisch Kranken über fünf Jahre und zwischen 8 und 47 Prozent über zehn Jahre krank gewesen, bis sie (oft erstmals) einem Experten für Psychotherapie vorgestellt wurden.

Diese drei Datengruppen (vollständiger in MEYER et al., 1991) zusammengekommen machen wahrscheinlich, daß die unverhältnismäßig hohe Zahl von Psychosomatikbetten für Rehabilitation zum Teil durch Chronifizierung bewirkt ist: Eine große Zahl von Neurotisch-Psychosomatisch-Kranken erhält so lange keine oder nur somatische Behandlung, bis ihre Arbeitsfähigkeit ernsthaft gefährdet ist und eine Berentung beantragt oder erwogen wird.

Damit ist – nach § 7 RehaG – gesetzlich vorgeschrieben zu prüfen, ob diese Berentung durch Rehabilitationsmaßnahmen vermieden werden kann. Die hierfür durchgeführte gründliche diagnostische Abklärung ergibt in 20 Prozent (U. KOCH, mündliche Angabe) eine Anzeige für psychosomatische Rehabilitation, welche – angesichts der Chronifizierung und der oft geringen Motivierung – nur als stationäre Behandlung einigermaßen aussichtsreich erscheint.

Sintemal Vorbeugen besser ist als Heilen und Heilen besser als Rehabilitieren, weist die eben geschilderte Entwicklung auf kostenträchtige Versäumnisse in der psychotherapeutischen Primär- und Sekundär-Versorgung: Statt früh und ambulant wird spät und stationär behandelt. Dieses Problem ist erkannt, und im Kassenarztsystem wurden Korrekturen eingeleitet: Ärzte können sich für «Psychosomatische Grundversorgung» fort- oder im Hinblick auf die Zusatzbezeichnung «Psychotherapie» weiterbilden und danach entsprechende Leistungen abrechnen. Aus ökonomischen Gründen werden diese Maßnahmen allerdings solange keinen großen Erfolg haben, als ihre Vergütungen nicht deutlich höher sind gegenüber denjenigen für nie-

dergelassene Psychotherapeuten, welche erheblich niedrigere fixe Praxiskosten haben.

Ebenfalls ab den sechziger Jahren entwickelte sich die *Verhaltenstherapie*, welche sich grundsätzlich von den bisher bestehenden Psychotherapieformen dadurch unterscheidet, daß ihr Grundmodell sich auf die Regelmäßigkeiten des Lernens stützt, wie jene aufgrund von Tierexperimenten von der akademischen Psychologie entdeckt worden waren, und damit das Konzept der Unbewußtheit weder kennt noch benötigt (genauer in Kap. II.A. und III.E.). Die Verhaltenstherapie erzielt gute Wirkungsnachweise und ist heute als eigenständige Methode in die Psychotherapieversorgung integriert.

*In der BRD findet somit psychosomatische Therapie in zwei erheblich unterschiedlichen Formen statt.* Im *stationären Setting* kommt der Patient in die therapeutische Gemeinschaft einer «totalen Institution», er begegnet einer Mehrzahl von Therapeuten und erlebt hochfrequent (manchmal mehrmals täglich) multimethodische Interventionen: Einzel und Gruppe, verbale und mehr körperbezogene (wie Konzentrative Bewegung oder Feldenkrais oder Autogenes Training usw.) und regelmäßig auch Gestaltungs-Therapie (Malen, Plastizieren, Musik und/oder Tanz) – das Ganze aber nur für wenige Wochen.

Solche Settings böten ideale Voraussetzungen für differenzielle Prozeß-Effizienz-Psychotherapieforschung. Leider werden sie dafür bisher kaum genutzt.

Im *ambulanten Setting* hat er einen Therapeuten, welcher ihn mit seiner Methode ein- oder mehrmals pro Woche für jeweils eine Sitzung behandelt, dies aber über mindestens mehrere Monate.

Ein Blick in andere Länder, in denen – wie oben geschildert – die Psychotherapie bei der Psychiatrie verblieben ist und kein davon getrennter psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgungsbereich entstand, macht die Besonderheit der BRD-Entwicklung deutlich. In allen anderen Ländern konnten Spezialeinrichtungen für stationäre Psychotherapie mit ihren eigenständigen therapeutischen Möglichkeiten und ihren besonderen Indikationen nur als Ausnahmen entstehen, welche entweder speziell die sogenannten «Eßstörungen»

(d. h. Anorexie und Bulimie, nicht etwa Fettleibigkeit) behandeln oder schwer psychisch kranke Nicht-Psychotiker (z. B. solche mit dissozialen oder suizidalen Problemen). Spezieller psychosomatische Aktivitäten finden innerhalb der *Consultation-Liaison-Psychiatrie* (= CLP) statt, also durch konsiliarische Betreuung von Somatisch-Kranken. CLP-Psychiater verfügen über gute psychiatrische und pharmakotherapeutische Kompetenzen, diejenigen für Psychotherapie schwanken stark. CLP ist deswegen ein breites und heterogenes Feld, in welchem die Diagnose organischer Verwirrheitszustände und von psychischen Nebenwirkungen von Somatotherapie sowie effiziente Psychopharmakotherapie häufiger vorkommt als Psychotherapie.

Spätestens ab 1975, dem Zeitpunkt der »Enquête zur Lage der Psychiatrie«, wurde der BRD-Psychiatrie voll bewußt, daß sie mit der Psychotherapie einen zentral wichtigen Teilbereich ihres Faches abgegeben hatte. Der damalige Versuch einer »Heimholung« mißglückte, die »Enquête« beschrieb einen zweiteiligen Versorgungsstrang: den psychiatrischen und den psychotherapeutisch-psychosomatischen.

Ein erneuter Versuch, diesmal mit Hilfe der Facharztbezeichnungen, die Psychotherapie in das Mutterland »Psychiatrie« zurückzuholen, führte zu einem Teilerfolg: Zwar schuf der Ärztetag 1992 einen Facharzt »Psychiatrie und Psychotherapie«, aber gleichzeitig auch einen für »Psychotherapeutische Medizin«.

Die Abgrenzung dieser beiden Fächer ist nur in der Theorie klar. Das erste würde sich um die Psychotherapie von Psychosen und von Borderline-Syndromen, von neurotischen Depressionen und Angstzuständen kümmern, die »Psychotherapeutische Medizin« um die Vielzahl von somatoformen Störungen (insbesondere auch die chronischen Schmerzsyndrome), von funktionellen und von Somatopsychosomaten.

Nicht alle unsere Autoren übernehmen ENGELS Gruppierung der »Somatopsychosomaten« (ENGEL 1970, S. 461), in welcher er Krankheiten wie z. B. Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Ulcus duodeni, Neurodermitis zusammenfaßt, weil diese im Unterschied z. B. zu Hyperventilationstetanie, zu Herztodhypo-

chondrie oder zu Konversionen »echte« organische, also pathologisch-anatomische Veränderungen aufweisen. Diese Zweiteilung ist zweckmäßig, weil Somatopsychosomaten sich noch in weiteren Punkten unterscheiden, z. B. darin, daß wir bei ihnen Kranke ohne nennenswerte (außer krankheitsreaktiver) Psychopathologie finden können (wogegen alle Mitglieder der genannten funktionalen Psychosomaten psychische Störungen aufweisen), oder ferner in ihrer schlechteren Psychotherapie-Reversibilität.

Dieser bundesrepublikzentrierte Überblick der ideengeschichtlichen und berufspolitischen Entwicklung von »Psychosomatik« (ab 1922) über »Psychosomatik und Psychotherapie« (ab 1970) bis zu »Psychotherapeutische Medizin« sowie »Psychiatrie und Psychotherapie« (ab 1992), zusammen mit der Darstellung der derzeitigen Psychotherapie-Versorgungssituation, belegt erhebliche Defizite der psychosozialen Kompetenzen der Ärzte, welche sich leidenverlängernd und kostentreibend auswirken. Eine Verbesserung, die rasch sein möchte, muß sich vorrangig auf die Gruppe der Primärversorgungsärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin sowie niedergelassene Spezialisten mit Primärversorgungsfunktionen) konzentrieren, somit auf die Fortbildung in »Psychosomatischer Grundversorgung«.

Sich darauf zu beschränken, wäre kurzsichtig und hieße, diese Defizite erst entstehen zu lassen, um sie hinterher zu beheben. Flankierend muß deshalb auch die Weiterbildung der Krankenhausärzte und zeitlich davor die Ausbildung der Medizinstudenten in »Psychotherapeutischer Medizin« erheblich intensiviert werden.

An diesen großen Kreis in der »Körpermedizin« Tätiger, ob Studenten, Primärversorger oder Psychotherapeuten, richtet sich unser Buch. Schließlich, aber nicht zuletzt, wird auch der zukünftige Psychologische Psychotherapeut, gerade weil dafür nicht prioritär ausgebildet, von den hier zusammengetragenen Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapeutischen Medizin profitieren.

In diesem Sinne haben wir die Darstellung von Neurosenlehre und Psychopathologie knapp gehalten und statt dessen die psychotherapeutischen Aufgaben und Möglichkeiten in der Medizin – von AIDS bis Zahnheilkunde – mit besonderem Gewicht dargestellt.

## Literatur

- ALEXANDER F: Psychosomatic medicine. Norton, New York 1950
- DEUTSCH F: Über das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der Innern Medizin. Wiener Med Wschrft 72, 809–816, 1922
- DU BOIS-REYMONDE E (Hrsg.): Jugendbriefe von Emil Du Bois-Reymond an Eduard Hallmann. Dietrich Reimer, Berlin 1918
- DÜHRSEN A: Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z Psychosom Med 8, 94–113, 1962
- ENGEL GL: Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten. Huber, Bern/Stuttgart 1970
- GRODDECK G: Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden. Hirzel, Berlin 1917
- JORES A: Praktische Psychosomatik. 2. Aufl. Huber, Bern/Stuttgart 1981
- MEYER A-E, RICHTER R, GRAWE K, SCHULENBURG V.D. J-M, SCHULTE B, SCHWEDLER J-J: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, Bonn 1991
- SCHACH E, SCHWARTZ FW, KEREK-BODDEN HE: Die EVaS-Studie. Dt. Ärzte-Verlag, Köln 1989
- SCHULTZ U: Fragmente zur Geschichte der deutschen Psychosomatik von 1920–1945 (1). Protokoll-dienst der Evangelischen Akademie Bad Boll, 23/82, 170–188, 1982
- UEKKÜLL T v.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt, Hamburg 1963
- UEKKÜLL T v. (Hrsg.): Integrierte Psychosomatische Medizin. 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart/New York 1992
- WEISS E, ENGLISH OS: Psychosomatic medicine. The application of psychopathology to general medicine. Saunders, Philadelphia/London 1943

# A. Grundrichtungen der Psychotherapie und ihre Modelle

ADOLF-ERNST MEYER

Die allgemein akzeptierte *Definition von Psychotherapie* (STROTZKA, 1975, S. 4) lautet:

«Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.»

Je nach Genauigkeit, Informationsstand – aber vor allem Bereitschaft versus Unwillen, minime Differenzen noch als relevante Unterschiede zu registrieren – werden zwischen 100 und 400 Psychotherapieformen unterschieden (bei CORSINI (1981) z. B. 241). Nur wenige unter diesen haben Wirksamkeitsnachweise erbracht, die zeitgenössische methodische Standards erfüllen (s. GRAWE et al., 1993).

Abbildung 1 versucht, eine gewisse Systematik in diese Vielfalt zu bringen. Rubriziert werden 15 Gruppen (in Kästen) mit 38 «Einzelverfahren».

## Hypnose und körperbezogene Verfahren

Die moderne Psychotherapie (PT) beginnt mit «der» *Hypnose*, wobei der Singular irreführt, weil drei Phänomengruppen getrennt zu betrachten sind: (a) die Induktionsformen in die (b) Hypnosezustände sowie (c), wie diese hypnotischen Zustände therapeutisch verwendet werden.

ad a): Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten zu hypnotisieren, d. h. einen Hypnosezustand zu induzieren, die einzeln oder in Kombination angewendet werden. Ihnen ist gemeinsam, (i) daß der Hypnotisand dem Hypnotiseur eine gewisse Führung über sein Erleben und Tun überläßt («Sie werden müder und müder»; «Sie fixieren diesen Punkt ganz genau» usw.), (ii) daß der Hypnotiseur eine gewisse sensorische Deprivation einführt (eintönige Reize durch monotones Wiederholen, durch Fixieren auf strukturarme und zeitstabile Objekte), (iii) durch ein verbales Anspielen auf trophotrope oder endophylaktische physiologische Regulationszustände (Schlaf, Entspannung, Müdigkeit, Schwere, Erholung).

ad b): Hypnotische Zustände sind charakterisiert (i) durch eingegengtes Bewußtsein (näm-

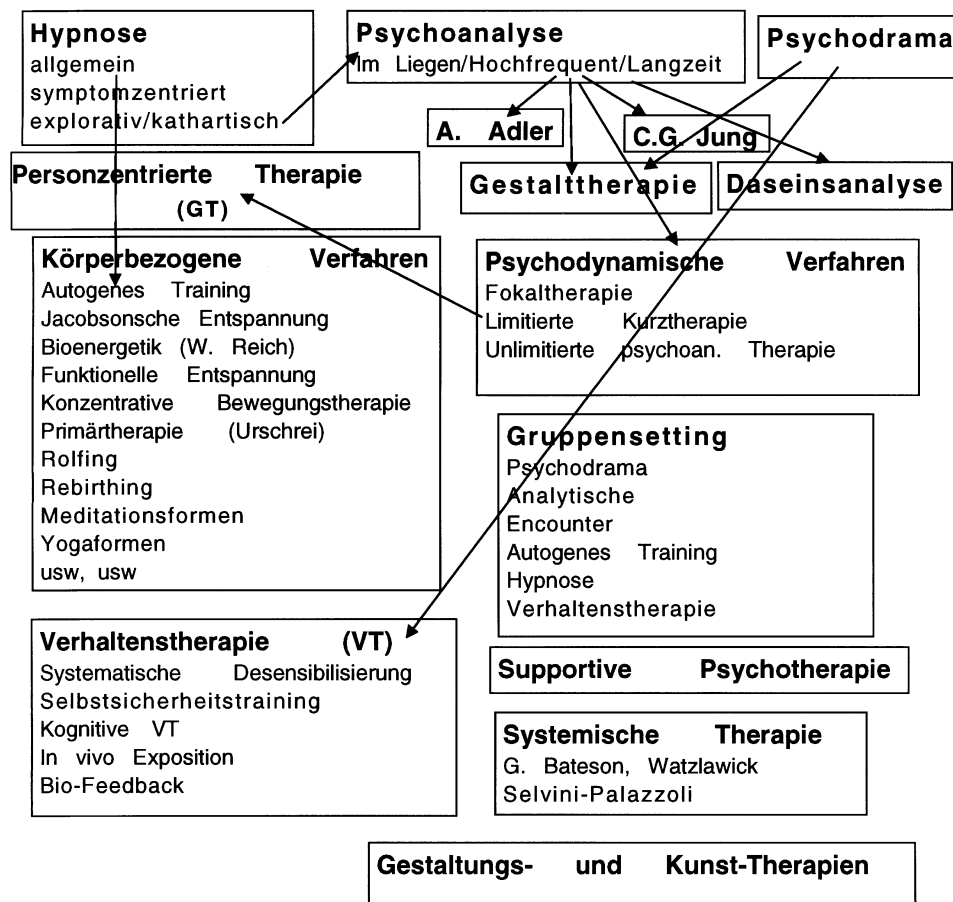


Abbildung 1: Einige bekannte Psychotherapie-Formen und ihre historischen Beziehungen.

lich auf den Hypnotiseur und die von ihm suggerierten Erlebnisse); (ii) durch die erwähnte (und entsprechend ihrer jeweiligen Realisierung auch meßbare) physiologische Umstellung auf trophotrope Regulation; (iii) durch erhöhte Suggestibilität und (iv) durch die Disposition, durch entsprechende Suggestionen eine Reihe von Phänomenen zu verwirklichen, die außerhalb der Hypnose nicht systematisch erreichbar sind, nämlich Anästhesie oder Hypästhesie, Hypermnese, Kataplexie (= muskuläre Versteifung, «wächserne Starre»), Ausführen posthypnotischer Aufträge.

ad c): Die «Kunst» des Hypnotiseurs besteht weniger (aber auch) in der Induktion, sondern vielmehr, wie er die genannten erhöhten Dispositionen therapeutisch zu nutzen weiß.

Trivial ist, nur die trophotropen Eigenschaften zu verwenden («Sie befinden sich in einem erholsamen, regenerierenden hypnotischen Entspannungszustand und fühlen sich anschließend frisch, frei und wach, wie nach einem tiefen, erholsamen Schlaf»).

BREUER und FREUD verwendeten die Hypnose *explorativ-kathartisch*: Das Erlebnis, in welchem ein bestimmtes Symptom sich erstmals konstituiert hatte, sollte mit den damaligen Emotionen wiedererlebt und berichtet werden. Dies wird dadurch ermöglicht, daß in Hypnose die neurotische Abwehr des Kranken stark vermindert ist (der Hypnotiseur hat die Verantwortung übernommen); außerdem hilft die erwähnte Hypermnese.

Da die pathogenetische Hauptquelle neurotischer Phänomene durch die erwähnte «Abwehr» (s. u.) bedingt wird und weniger durch das Abgewehrte und sich diese Abwehr außerhalb der Hypnose rasch rekonstituierte, sah sich FREUD gezwungen, langsam schrittweise die explorativ-kathartische Hypnose durch andere Techniken zu ersetzen, aus denen schließlich die Psychoanalyse entstand.

Die *anästhetischen Komponenten* der Hypnose sind früher in Geburtshilfe und Chirurgie verwendet worden, was durch die moderne Anästhesietechnik obsolet wurde. Ihre heutige Indikation betrifft zum Teil noch Zahnmedizin und vor allem «Selbsthypnose» bei Carcinomaschmerzen und bei chronischem Schmerz überhaupt. Die Selbsthypnose kommt dem Autogenen Training sehr nahe.

*Kataplexie* (= «wächserne Biegsamkeit», muskuläre Versteifung) ist kaum therapeutisch verwendbar, jedoch ein gutes Mittel, Kooperation und Realisierungsschnelligkeit des Hypnotisanden zu erfahren.

Schließlich kann der Hypnotiseur versuchen, mit *direkten Suggestionen* die Symptome zum Verschwinden zu bringen.

Therapeutisch entscheidend ist, die in der Hypnose erreichten Effekte auf Situationen *außerhalb zu generalisieren*, wozu der *post-hypnotische Auftrag* und die Selbsthypnose verwendet werden. «Sie haben jetzt erfahren, daß Sie in der Hypnose frei und flüssig sprechen können; wann immer Sie merken, daß Sie stottern könnten, werden sie sich an die Hypnose und an mich erinnern und frei sprechen!»

In den letzten Jahren hat sich auch in Deutschland Hypnose nach MILTON H. ERICKSON verbreitet. Falsch und ungerecht wäre jedoch, ihn und seine Schule nur auf eine andere, neue Hypnose-Form beschränkt zu sehen. Richtig ist, daß er unauffälligere, diskretere Induktionsformen verwendete und daß er in seinen Therapien immer wieder einmal Hypnose einsetzte. Richtig ist auch, daß seine Psychotherapeuten-Grundhaltung diejenige eines Hypnotiseurs ist: symptombezogen und direktiv Änderung heischend. In allem übrigen setzte er sein großes Charisma sehr intuitiv fall-, situations- und symptombezogen in Handlungsvorschläge ganz unter-

schiedlicher Art (davon viele «paradoxe») um; eine gute Einführung gibt ZEIG (1982). Mit seinen intuitiven paradoxen Verschreibungen hat MILTON ERICKSON die *Palo-Alto-Schule* maßgeblich beeinflusst, die ihrerseits die Mutter der *systemischen PT* wurde, auf welche wir unten kurz eingehen.

Das *Autogene Training* ist ein Hybrid der Hypnose und der Autosuggestion. J. H. SCHULTZ erfuhr aus Explorationen von Hypnotisierten, daß der größte gemeinsame Teiler ihres Hypnose-Erlebnisses in Ruhe, Schwere und Wärme bestand. Er kam auf die fruchtbare Idee, daß man bei dieser Sachlage diese Inhalte direkt fremdsuggestiv vorgeben und hernach autosuggestiv verinnerlichen lassen könnte. Physiologisch betrachtet ist Ruhe leicht zu verstehen, diese wird ja mit den Hypnosesuggestionen beabsichtigt und durch das Setting unterstützt. Wärme ist das Erleben der gesteigerten Hautdurchblutung im endophylaktischen Regulationszustand. Schwieriger verstehbar ist das Schwere-Erleben. Vermutet wird, daß infolge muskulärer Entspannung die Sensoren in den Gelenken das Eigengewicht der Knochen stärker registrieren.

Die *übrigen körperbezogenen Verfahren* lassen sich in drei Gruppen gliedern:

- a) Der genialische – leider früh paranoid erkrankte – WILHELM REICH hatte erkannt, daß Erlebnisse nicht nur als Erinnerungen gespeichert werden, sondern parallel dazu auch unser Verhalten verändern können, was sich in charakterlichen, aber auch in körperlichen Haltungen verfestigen kann (REICH, 1971). Diejenigen seiner Interventionsvorschläge, welche primär bei solchen Körperverfestigungen ansetzten, wurden in der «Bioenergetik» erweitert und systematisiert.
- b) Ganz unterschiedliche Autoren haben intuitiv-erprobend körperbezogene Verfahren entwickelt, die sie – mal pragmatisch, mal in Verbindung mit einer Theorie – systematisierten. Die konzentrierte Bewegungstherapie, die Funktionelle Entspannung, die Feldenkraismethode gehören dazu. Auch die Primärtherapie («Urschrei») könnte wegen ihrer körperbezogenen Elemente hier zugeordnet werden, anderer-

seits vertritt sie eine ganz spezielle Theorie: Neurosen entstehen durch Geburts- und verwandte frühe Schmerzen, und ihre Heilung bedarf deren kathartischer Abfuhr.

- c) Uralte fernöstliche Traditionen, bei denen Heil und Heilung nicht säkularisiert getrennt sind, haben Verfahren entwickelt, welche mal mehr körperbezogen (die verschiedenen Yoga-Formen), mal mehr geistbezogen (die Meditationsformen) religiöse, geistige und gesundheitliche Veränderungen ineins anstreben. Eine gewisse Nähe zur Hypnose ist erkennbar in der sensorischen Deprivation (Meditierende erhalten ein einziges Sanskritwort, über welches sie meditieren sollen, Yoga-Adepten sollen sich auf ihren eigenen Atem konzentrieren – oder auf andere relativ monotone Körperfunktionen).

Die übrigen PT-Verfahren (Gestaltungs- und Kunst-PT ausgenommen) lassen sich drei theoretisch klar unterschiedenen Grundmodellen zuordnen: 1. das psychodynamische oder tiefenpsychologische, 2. das verhaltenstheoretische und 3. das systemische.

## Das psychodynamische oder tiefenpsychologische Modell

Die Benennung «psychodynamisch» leitet sich von dem grundlegenden Theorem (FREUD, 1926, S. 301) ab:

»Die Psychoanalyse als Tiefenpsychologie ... führt ... (mit ihrem dynamischen Gesichtspunkt) alle psychischen Vorgänge – von der Ausnahme äußerer Reize abgesehen – auf das Spiel von Kräften zurück, die einander fördern oder hemmen, sich miteinander verbinden, zu Kompromissen zusammentreten usw.«

Zentralbegriffe des psychodynamischen Modells sind *dynamische Unbewußtheit*, *Impuls-Abwehrkonflikte*, *Abwehrvorgänge* sowie deren *Kausalität für neurotische bzw. psychosomatische Symptome* einerseits und *Übertragung* und *Widerstand* andererseits.

Ferner stellt die *psychoanalytische Phasenlehre* Modelle von aufeinanderfolgenden Entwicklungsschritten zur Verfügung, die von vornherein bio-psycho-sozial konzipiert sind, was ermöglicht, die biologischen Reifungs-

schritte, die traditionellen sozietaalen Einflüsse (= Sozialisation) auf diese und die idiosynkratischen konkreten Abweichungen (= «Traumata») von letzterer synoptisch zu integrieren. Schließlich können bestimmte Symptome oder Verhaltenszüge als Fixierungen in oder Regressionen auf frühere (aber mittlerweile eigentlich überholte) Entwicklungsphasen verstanden werden. Ein Abriß dieser Phasenlehre findet sich in Kapitel II.C.

Das Neue an der Tiefenpsychologie war nicht, daß sie unbewußte psychische Abläufe postulierte, denn solche waren schon lange bekannt (LEIBNIZ nannte sie «petites perceptions»; C.G. CARUS hatte eine Monographie über das Unbewußte geschrieben), sondern daß seelische Inhalte uns introspektiv nicht zugänglich sind, obwohl und gerade während diese uns determinieren, also uns zum Flüchten, Angreifen, Parteinehmen oder andern Handlungen motivieren oder in uns z. B. Herzklopfen, Erröten, Darmbewegungen, Muskelverspannungen oder andere «vegetative» Reaktionen auslösen. Im «unneurotischen Normalfall» dagegen ist uns bewußt, was uns z. B. ängstigt und Herzklopfen macht.

FREUD spricht von *dynamisch unbewußt*, weil es einer besondern Kraft bedarf sowie eines Mechanismus (eben einer Abwehr), um Bewußtwerden zu verhindern.

In poetischer Prägnanz hat NIETZSCHE (1966, S. 625) formuliert: «Das habe ich getan», sagt mein Gedächtnis, «dies kann ich nicht getan haben», sagt mein Stolz und bleibt unerbittlich. Endlich gibt das Gedächtnis nach.» In NIETZSCHES Beispiel ist Stolz (Narzißmus) bzw. die Vermeidung von Schuld/Scham, die Kraft «hinter» der Abwehr (das Abwehrmotiv), und abgewehrt wird Scham oder Beschämung, und die Abwehrform der Gedächtnissperre oder Erinnerungsverhinderung wurde später von FREUD «Verdrängung» getauft.

Größter gemeinsamer Nenner der verschiedenen *Abwehrmotive* ist die Vermeidung oder Verringerung von unlustbetonten seelischen Inhalten: Angst, Scham, Trauer, Schmerz, aber auch von Erkenntnissen, die zu unbequemen Entscheidungen bzw. Handlungen führen müßten.

Dabei wird bei Abwehrvorgängen oft die Taktik des kleineren Übels eingesetzt: Zum Beispiel «klammert» sich ein Kranker an sei-

ne Wut und seinen Zorn und hält dadurch die mit diesen eng verbundenen Gefühle für Trauer und/oder Scham im Hintergrund (der Terminus technicus für diesen Abwehrmechanismus ist: Reaktionsbildung).

Die Benennung *Impuls-Abwehr-Konflikt* ist zutreffender als die ältere namens «Trieb-Abwehr-Konflikt», weil der Impuls, der abgewehrt wird, auch ein moralischer, eine Über-Ich-Strebung, sein kann, z.B. wenn ein Mensch seine Impulse abwehrt, sich aus Überlebensschuld wieder und wieder für andere in Todesgefahr zu begeben.

Der Begriff zeigt, daß das psychodynamische Modell überwiegend von *intrapsychischen Konflikten* ausgeht. Dies ist plausibel, weil ein Konflikt besonders zermürbt, wenn ein Mensch beide Gegner in sich selber «beherbergt».

E. BLEULER hat hierfür den Terminus *Ambivalenz* geprägt, der aber auch die Rivalität zweier relativ gleichrangiger, aber unvereinbarer Strebungen erfaßt, z.B. seine Ziele durchzusetzen, aber Harmonie beizubehalten.

Die populäre Verwendung des Begriffs Konflikt (z.B. Ehe- oder Tarif- oder Miet-Konflikt) ist dagegen diejenige des *interpersonellen Konflikts*. Solche Konflikte spielen bei Neurosen und Psychosomaten durchaus auch eine Rolle, z.B. im unablässigen verzweifelt-verbissenen Kampf, endlich die Liebe eines Elternteils (oder beider) zu erringen und die Anerkennung, daß man trotz und in seiner Eigenständigkeit doch ein guter Sohn/Tochter, ein wertvoller, vor allem ein lebenswerter Mensch ist.

Mit der Ausnahme von gelegentlichen Symptombildungen über Identifikation mit Symptomen des gemeinten Elternteils entstehen dadurch in der Regel keine spezifischen Neurosesymptome (können aber solche verstärken oder aufrechterhalten), sondern allgemeine der Erschöpfung wie Reizbarkeit, Schlafstörungen, vegetative Dysregulationen. Dies sind Streß-Symptome, also solche durch unspezifische Belastung, wie sie sich z.B. auch bei Wechselschicht-Arbeitern oder Fluglotsen finden.

Die alte Psychoanalyse sprach von *Aktualneurosen*, womit sie anzeigen wollte, daß solche Symptome aktuellen Belastungen und

nicht vergangenen Traumen entstammen (s. auch Kap. II.B).

FREUD – und wir alle mit ihm – reden gern von «dem» «Unbewußten», welches dieses Bestimmte verursacht oder jenes Andere verhindert. Diese Singular-Substantivierung ist wissenschaftlich nicht haltbar. Gefunden werden einzelne unbewußte Gebilde, welche infolge ihrer miteinander verbundenen kognitiv-affektiv-reaktionsdispositionellen Komponenten sowohl eine gewisse Einheitlichkeit wie auch eine partielle Unabhängigkeit von der Restpersönlichkeit aufweisen. JUNG'S Begriff des «*emotionalen*» oder auch «*autonomen Komplexes*», auch wenn er die Reaktionsdisposition nicht benannte, war recht treffend. Er überlebt noch in Form des Ödipus- oder des Kastrations-Komplexes, ist aber im übrigen ungebräuchlich geworden. Die Benennung «*Psychodynamismus*» scheint ein passender Ersatz.

FREUD – und mit ihm eine große Zahl der Psychoanalytiker bis heute – hielt und hält die Psychoanalyse für *die kausale Therapie der Neurosen*, was auf folgendem Theorem beruht: Notwendige Voraussetzung neurotischer Symptome ist die Unbewußtheit eines Konflikts, dessen Abkömmlinge, als getarnt-pantomimischer Ausdruck (= Konversion), als magisches Ungeschehen-Machen (= Zwangssymptome), als Affekt-Äquivalent (z.B. Erröten) usw. zu dem oder den Symptomen werden. Durch Bewußtmachung dieses Konflikts – und genau dieses mußte der Psychoanalytiker mit seinen Deutungen erreichen – entfiel diese notwendige Voraussetzung, wodurch das oder die Symptome schwanden.

Dieses Theorem der Unbewußtheits-Notwendigkeit führte zu zwei Konsequenzen:

1. Nur «*veridikale*», also mit dem unbewußten Psychodynamismus übereinstimmende, Deutungen führten zur Symptomreduktion – unzutreffende, und jeder Analytiker äußert davon viele – verpufften wirkungslos.
2. Auch andere Therapien (zu FREUD'S Zeiten waren dies Elektrotherapie, Sanatoriumserholungen, Hypnose, Diäten usw.) hatten Erfolge, aber diejenigen der Psychoanalyse – da kausal – waren stärker und dauerhafter.



Mit diesem «Übereinstimmungsargument» im Junktum mit der therapeutischen Überlegenheit hatte FREUD ein logisch stringentes Argument, welches seine Theorie und Therapie gleichzeitig und ineins validierte. Allein und leider, dieses hält der empirischen Überprüfung nicht stand. In allen größeren Metaanalysen von Therapieergebnissen (SMITH et al., 1980; WITTMANN u. MATT, 1986; GRAWE et al., 1994) schneidet die Psychoanalyse nicht – weil als einzige kausal – als überlegener Sieger ab, sondern auf dem 3. oder 4., selten auf dem 2. Platz.

Auch wenn GRÜNBAUM (1984), welcher dieses Kausaltheorem und dessen empirisches Scheitern herausgearbeitet hat, vernachlässigt, daß die Psychoanalyse längst eine ganze Reihe weiterer Bedingungen therapeutischer Wirksamkeit entdeckt hat (z. B. geduldiges Akzeptiertwerden, Nachreifen, Identifikation mit dem Analytiker, z. B. dessen einem Handeln vorgängige realistische emotionale Situationserklärung oder dessen Toleranz für infantile und anstößige Regungen u. a. m.), bleibt die harte Wahrheit, daß Bewußtmachung keine notwendige Bedingung für Heilung oder Linderung neurotisch-psychosomatischen Leidens ist.

Dagegen ist der Einwand noch unwiderlegt, daß die bisherigen Meta-Analysen fast ausschließlich Studien über psychodynamische Therapien von bis zu 100 Sitzungen erfassen konnten, weil es nur wenige von längeren psychodynamischen PT gibt. Die Ergebnisse der einzigen von BACHRACH et al. (1990) über sechs klinische Studien ist mangels Kontrollgruppen schwer zu bewerten.

Obwohl wir in unserer bisherigen Schilderung da und dort Einflußnahmen von Erziehungsberchtigten oder «der» Gesellschaft erwähnt haben, entspricht das bis anhin vorgestellte Modell einer «Ein-Person-Psychologie», wie dies durchaus auch der traditionellen medizinischen Konzeptualisierung entspricht.

Daß Neurosen (und damit mutatis mutandis auch psychosomatische Störungen) exquisit zwischenmenschliche Krankheiten sind, entdeckte FREUD früh (1895, S. 308, 310) an Phänomenen, bei denen er anfänglich *Übertragung*, *Widerstand* und *Zwangswiederholung* nicht zu trennen vermochte.

Seine Kranken entwickelten Bedürfnisse nach persönlichen Beziehungen, oder sie fühlten sich in bestimmter Weise zurückgewiesen, und für beides fand FREUD in seinem Verhalten oder Sosein keine oder nur unverhältnismäßig geringe Veranlassungen – gelegentlich fühlte er sich eindeutig *verkannt*. Da diese gewünschten oder gefürchteten Beziehungen deutliche Ähnlichkeiten zu solchen, welche früher zu zentral wichtigen Menschen bestanden, hatten, handelte es sich um *Wiederholungen* und gleichzeitig auch um *Übertragungen aus der Vergangenheit in die Gegenwart und von einer anderen Person auf diejenige des Analytikers*. Ob dieser Bedürfnisse verloren die Kranken auch ihr Interesse an der therapeutischen Arbeit, welche in damaliger Zeit in der explorativen Klärung der unbewußten Symptomenentstehung bestand, und damit stellte dies gleichzeitig einen *Widerstand* gegen Therapie und Gesundung dar. Dementsprechend lautet eine frühe Definition von Widerstand (FREUD, 1900, S. 521): «Was immer die Fortsetzung der (psychoanalytischen) Arbeit stört, ist eben Widerstand.»

Spätere Erfahrungen führten zu Differenzierungen.

Nahm man *Verkennung* als Kriterium, so fand man auch Übertragungen, die nicht (bzw. nur sehr vermittelt) auf frühere Beziehungen zurückgingen, sondern z. B. auf Projektion idealer oder unerwünschter Selbstanteile auf den Analytiker, oder seine Verkennung als Magier, zu dem man nur lange genug kommen und/oder präzise und eindringlich genug seine Beschwerden schildern muß, bis er das Zauberwort *Simsalabim* ausspricht, was mithin keine Übertragungen früherer biographischer Beziehungen wären.

Im zweiten Beispiel kann man auch eine Überhöhung des gewohnten Kontaktes zu Ärzten aller nicht-tiefenpsychologischen Disziplinen sehen, wo der Kranke die Erfahrung machte, daß er nur seine Symptome zu schildern hatte, die heilenden Tabletten oder Verfahren fand dann der Arzt – gleich oder nach Umwegen.

Das soll nicht ausschließen, daß im Einzelfall die eben geschilderten Phänomene klare personale biographische Vorläufer haben können, z. B. einen als ideal erlebten Vatersvater oder eine Mutter, welche mit magischem

«Heile, heile Segen»-Sagen Beruhigung wirkte.

Umgekehrt fand man Zwangswiederholungen, die nicht so sehr frühere Beziehungen an Stellvertretern wiederzubeleben versuchten, sondern bestimmte Gefühlszustände oder Verhaltensabläufe.

Anfänglich wurde die *Gegenübertragung* analog zur Übertragung verstanden; sie entsprang neurotischen Bedürfnissen im Analytiker, welche dieser auf seinen Kranken richtete. Dagegen sollte die Lehranalyse feien. Später wurde klar, daß das «Spiegelideal» (= der Analytiker soll ebensowenig Gefühlsbeteiligung haben wie ein Spiegel) so ideal nicht war, weil die Gefühle des Analytikers das Reziprok zur Übertragung sein konnten (z. B. mütterliche Besorgtheit gegenüber einer hilflos-unterwerfenden Übertragung) und somit diagnostische Bedeutung haben konnten. Diese Einsicht wurde ins Unsinnige gesteigert: «Die Gegenübertragung ist eine Schöpfung des Patienten» (HEIMANN, 1950), als ob es außerhalb der Analyse bzw. des Analysanden keine Gründe gäbe (z. B. Hexenschuß, Erkrankung eines Nahestehenden, Steuernachforderungen), die einen Analytiker in eine Therapiesitzung hinein emotional beeinflussen.

Die sorgfältige Wahrnehmung der Gegenübertragung ist jedoch deswegen immer wichtig, weil diese den emotionalen Wahrnehmungshintergrund mitbestimmt, aus welchem der Analytiker die Äußerungen des Kranken einstuft, wertet und seine Interventionen formuliert.

Bald wurde deutlich, daß Übertragungen nicht primär *Widerstand* sind, sondern konstitutive Elemente von Neurosen darstellen, die auch außerhalb von Psychotherapien wirksam werden, und daß ohne deren therapeutische Veränderung keine anhaltende Besserung erreichbar war.

Dessen ungeachtet gibt es bestimmte Übertragungen, die Widerstand gegen die Therapie oder die Gesundung mobilisieren (*Übertragungswiderstände*).

Wird für den Analysanden die erotische Liebe seines Behandlers oder die Adoption in dessen Familie Hauptziel, wird er die analytische Arbeit hintanstellen. Bei Übertragung einer petzenden Mutter wird er dem Therapeuten keine unvoreilhaftigen Phantasien anvertrauen, und bei derjenigen eines Vaters, der nur für Schwache Interesse zeigt, wird ein Analysand keine Fortschritte (gesundheitliche oder andere) machen dürfen.

Schließlich fanden sich Widerstände selbständiger Genese. Symptome sind ein Übel, andernfalls würde ihr Träger keine Hilfe suchen. Indes sind sie oft die kleineren Übel, die ein jeweils größeres im Schach halten oder vermeiden helfen. Dies heißt der *primäre Krankheitsgewinn*. Nicht immer zu unrecht fürchtet der Kranke, daß deren Beseitigung ihn wieder mit dem eigentlichen großen Übel konfrontiert. Dies bedeutet auch, daß in der Regel bloße Bewußtmachung nicht ausreicht – ein Zuwachs an Nachreifung, ein Zugewinn von Autonomie ist unerläßlich. Der *sekundäre Krankheitsgewinn* ist damit verglichen banal und auch dem Volksmund geläufig: Der Kranke flüchtet in seine Krankheit, er «feiert krank» und läßt sich von Pflichten entbinden, sich verwöhnen und bedienen.

## Die hochfrequente Liegungs\*-Psychoanalyse

Sie ist die Mutter aller psychodynamischen und tiefenpsychologischen PT-Verfahren und bestimmt sich aus (a) Hochfrequenz, (b) Liegen des Analysanden und (c) der Grundregelverpflichtung.

ad a): Aus sehr vielfältigen und komplexen Gründen wurde die «*hohe*» *Wochenfrequenz der Liegungen* zum entscheidenden Merkmal gemacht, ob eine PT eine Psychoanalyse sei oder «nur» (psychodynamische) PT. Dies ist von der Sache her nicht zu begründen, denn Psychoanalyse ist durch Prozeßmerkmale definiert:

---

Der Neologismus «Liegung» (im Gegensatz zur Sitzung) ist eine handliche Wort-Marke oder ein Wort-Indikator für das räumliche Setting mit liegendem Analysanden.

Nämlich durch die Fokussierung auf Bewußtmachung über vorwiegender Arbeit an Übertragungen und Widerständen, durch starke Regression (so stark wie nötig und möglichst so wenig wie eben nötig) und durch therapeutische Ichspaltung.

Dazu kommt, daß die operationale Bestimmung von «hochfrequent» sich im Laufe der Geschichte zunehmend verkürzt hat.

FREUD selber hat mit sachfremden Gründen (KARDNER, 1979, S. 18 f.) von Wochenfrequenz 6 auf 5 gewechselt, später kam es zur Reduktion auf Wochenfrequenz 4 und in der Praxis häufig auch auf 3 oder sogar 2.

ad b): Das Liegen ist zusammen mit der Grundregel eine einflußreiche Determinante der Psychoanalyse, weil es erstens durch Vermeidung des optischen Kontakts die gewohnte und konventionelle Dialogsituation verhindert, in welcher laufend mimische und gestische Signale den Gesprächspartner über Zustimmung oder Ablehnung, Neugier oder Langeweile, Wunsch nach oder Aufforderung zu Sprecherwechsel u. v. a. mehr informieren. Zweitens fördert die Liegeposition, mit ihren Implikationen von Schwäche, Erholung, Ruhe, auch regressive Komponenten.

ad c): Die früheste Formulierung der *Grundregel* für den Analysanden lautet (FREUD, 1900, S. 537): «... alles Nachdenken fahren zu lassen und nur zu berichten, was immer ihm dann in den Sinn kommt.»

Später wird dies erweitert und präzisiert: «Wir verpflichten ihn (= Neurotiker) auf die analytische *Grundregel*, die künftighin sein Verhalten gegen uns beherrschen soll. Er soll uns nicht nur mitteilen, was er absichtlich und gerne sagt, was ihm wie in einer Beichte Erleichterung bringt, sondern auch alles andere, was ihm seine Selbstbeobachtung liefert, alles was ihm in den Sinn kommt, auch wenn es ihm *unangenehm* zu sagen ist, auch wenn es ihm *unwichtig* oder auch *unsinnig* erscheint.» (FREUD, 1940, S. 99).

Dies verlangt vom Analysanden einen Verzicht auf seine sozialisationsbewirkten «Erwachsenenregeln» von Anstand/Rücksicht (auch gegenüber sich selbst) und von Logik/Sachlichkeit.

Die beiden Eingriffe (b) und (c) vereinigen synerg Regression mit Fokussierung auf die-

jenige eigene innere Welt des Analysanden, wie diese vor und unabhängig von Sozialisation hätte sein können, und erlauben dann eine Neubewertung und eine entsprechend reibungsärmere und symptomfreihere Umorientierung.

Von dem eben geschilderten FREUD-orientierten psychodynamischen Modell gibt es einige Abweichungen.

## Die Neo-Psychoanalyse SCHULTZ-HENCKES

Obwohl diese noch in der BRD stark und prominent vertreten ist, figuriert sie in Abbildung 1 gar nicht und wird hier im Text nur summarisch beschrieben.

Dies begründet sich dadurch, daß die deutlichen theoretischen und auch therapie-technischen Unterschiede, welche zu Lebzeiten SCHULTZ-HENCKES und auch ein bis zwei Dekaden danach gegenüber dem damaligen psychoanalytischen Hauptstrom bestanden und die von beiden Seiten auch durchaus kämpferisch und abgrenzend vertreten wurden, seither verschwunden sind. Es hat eine weitgehende Annäherung stattgefunden, die keineswegs nur (aber auch) auf Adaptation der Neo-Analytiker zurückgeht; auch die Hauptstrom-Psychoanalyse hat sich deutlich verändert.

Schon in seinem ersten Lehrbuch (1927) wandte SCHULTZ-HENCKE sich gegen FREUDS Erweiterung des Sexualbegriffs, indem er neben die kindlich-sexuellen auch andere nicht-sexuelle triebhafte Wünsche stellte. Für ihn hatte «Orales» und «Anales» einen eigenständigen Charakter, sie waren nur im Ausnahmefall «prä-genital». Statt von «Trieb» sprach er von «Antriebserleben» = Bedürfnis: «Auf jeden Fall läßt sich der wesentliche Anteil alles Bedürfniserlebens als Antrieb lesen. Auf jeden Fall hat auch jedes Bedürfnis eine Antriebsseite.» (1951, S. 213). Folgerichtig hat er auch die menschliche «Neu-Gier», als Bedürfnis, sich der Welt zuzuwenden und sie zu erkunden, als selbständiges Antriebserleben gesehen und (nicht sehr treffend, denn Inten-

tion bedeutet Absicht) Intentionalität getauft: «Noch bevor sich der Säugling der Welt oral zuwendet oder gar manuell (mit den Händen), richtet er seine visuelle, auditive und allgemein-aktive Aufmerksamkeit auf sie ..., «intendiert» sie.». Dies hat die neuere experimentelle Säuglingsforschung voll bestätigt bzw. die psychoanalytischen Konzeptionen von primärem Narzißmus oder autistischer Phase widerlegt.

Die Ähnlichkeit von «Intentionalität» und JUNGs «Extraversion» (s. u.) ist offensichtlich – jedoch hat nach SCHULTZ-HENCKE der Mensch eine anima naturaliter extraversia, wogegen Introversion (in seiner Begrifflichkeit Schizoidie) deren sekundäre (d. h. durch Hemmung geschaffene) Gehemmtheit ist. Abwehrvorgänge konzeptualisiert SCHULTZ-HENCKE als «Hemmung» = Drosselung von Antriebserleben, wobei das Hemmende Furcht ist und die Hemmung in Gehemmtheit resultiert (SCHULTZ-HENCKE, 1940). Mit bestimmten Gehemmtheiten gehen entsprechende Bequemlichkeiten und ferner korrespondierende Riesenansprüche einher. Die Lehre von neurotischen Strukturen (schizoide, depressive, zwangsneurotische, hysterische, neurasthenische sowie Mischstrukturen) steht in bündigem Zusammenhang mit SCHULTZ-HENCKES Grundkonzepten.

Die oben erwähnten Annäherungen zeigen sich zum einen darin, daß der Psychoanalyse die Triebdualität von Libido versus Destrieb bzw. Sexualität versus Todestrieb (= Aggression) sehr fraglich geworden ist; ferner macht die heute akzeptierte Relevanz «prägenitaler» Strebungen (bzw. «früher» Störungen) diese ungefähr so eigenständig, wie SCHULTZ-HENCKE dies postulierte. Zum anderen geben für die zeitgenössische Narzißmus-Diskussion weder FREUD noch SCHULTZ-HENCKE klare Modelle. Zum dritten gibt es gar keine Hauptstrom-Psychoanalyse mehr; diese hat sich selber in viele «Schulen» (Ich-Psychologie, KLEINianer, KOHUTianer, MAHLERianer u. a. m.) differenziert, die sich voneinander nicht weniger unterscheiden als die Neo-Analyse von ihnen. Umgekehrt hat die letztere ihre schlichte Konzeption von Hemmung und Gehemmtheit zugunsten der differenzierten Abwehrlehre verlassen.

## Die ADLER'sche Individual-Psychologie

Wenn diese in Abbildung 1 als Abkömmling der Psychoanalyse figuriert, so ist dies unzutreffend, wenn auch gängige Auffassung der Psychoanalytiker.

ALFRED ADLER ist familiär geprägt von der Sozialdemokratie (sein erstes Buch ist ein sozialmedizinisches), und die Topoi von Benachteiligung und/oder Minderwertigkeit und deren Kompensationsmöglichkeiten (in erster Linie durch richtige Erziehung: «Heilen und Bilden», ADLER, 1914) und ferner des Menschen als Sozialwesen ziehen sich durch sein gesamtes Werk.

Zwar nimmt ADLER FREUDs Einladung (1902) zu dessen eben gegründeten Diskussionsabenden («Mittwochsgesellschaft») gerne an und beteiligt sich rege, aber er behält eine andere Grundposition, bis er 1911 ausgeschlossen wird und fortan durch konsequente Nicht-Rezeption (Ausnahme SCHULTZ-HENCKE) geächtet.

ADLER zeigt folgende Gemeinsamkeiten mit der Psychoanalyse: (a) auch er betrachtet den Menschen als dynamisches System, und in diesem sind Beschwerden nur Symptome für eine zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung, und letztere muß behandelt werden; (b) in den ersten Kindheitsjahren werden Weichen fürs ganze Leben gestellt und (c) determinierende Motive können unbewußt sein, daher ist Traumdeutung wichtig. Diese kann aber nicht von einer menschheitstypischen Symbolik ausgehen, sondern die korrekte individuelle Bedeutung von Traum-Figuren oder -Elementen muß vom jeweiligen Träumer berichtet werden.

Dagegen konnte ADLER die zentral determinierende Stellung von Sexualität und Libidophasen sowie der infantilen Ödipalphase nicht übernehmen, wenngleich er die Tabuisierung von Sexualität für falsch hielt. Die zeitgenössische Psychoanalyse ist ihm dabei insofern gefolgt, als sowohl «Ödipus» wie Sexualität ihre überragende Rolle eingebüßt haben, und auch darin, daß im Rahmen der Narzißmus-Diskussion Selbstwertgefühle (also auch Minderwertigkeit) sehr wichtig geworden sind. Ebensowenig übernahm ADLER das Konzept der «Übertragung».

Für ADLER besitzt der Mensch von vornherein auch prosoziale Impulse (dies ist heute

ausreichend belegt), was er «Gemeinschaftsgefühl» nennt, und menschliche Aufgabe ist, den richtigen Weg zwischen diesem und Autonomie (deren Extrem = Wille zur Macht) zu finden. Der «Mitläufer» bezahlt mit Einsamkeit, der «egozentrische Individualist» mit Mißachtetwerden.

Folgerichtig lehnt ADLER die Therapie-Liegeposition des Neurotikers ab; diese verhindert Gleichberechtigung und Gestik und verunmöglicht dem Behandler, diese und die Mimik seines Patienten zu erkennen.

Für FREUD ist der Gesunde durch Arbeits- und Liebesfähigkeit definiert, für ADLER durch «Gemeinschaftsfähigkeit». Dabei ist «das wichtigste Hilfsmittel der Erziehung die Liebe», sowohl der Mutter wie auch des Vaters (aber nicht deren Übermaß, nicht Verzärtelung).

Stillen ist sehr wichtig. Erziehung muß auf Mut und Selbstvertrauen gerichtet sein. Strafen, insbesondere Prügel, Einschließen an einsamem Ort, ja sogar häufiges Tadeln wirken erzieherisch negativ.

Da für ADLER Prophylaxe wichtiger war als Therapie, hat er sich bevorzugt an Eltern, Erzieher und Ausbilder gewandt.

ADLER hat eine *Typologie von Konfigurationen entwickelt, welche zu Neurosen disponieren*:

1. das körperlich beeinträchtigte Kind. Seine Organminderwertigkeit zwingt zu Kompensation oder Überkompensation, was durch Vorkommen (oder Fehlen) der anderen beiden Konfigurationen gefärbt wird und durch seine Stellung in der Geschwisterreihe.
2. das gehaßte (besser: gedemütigte) Kind. Eine Spezialform davon entsteht als «männlicher Protest», eine Überbetonung männlicher Verhaltensweisen, welche auf die verbreitete Benachteiligung der Frauen in Familie und Gesellschaft zurückgeht, doch kann man diesen auch bei Männern finden, sofern deren Männlichkeit gedemütigt wurde.
3. das verzärtelte Kind. Bei der Kompensation ist die direkte (z. B. Gymnastik gegen muskuläre Schwäche) von derjenigen im psychischen Bereich zu unterscheiden (ein Buckliger entwickelt rednerische, intellektuelle oder musische Fähigkeiten). Leider sind viele solcher stellvertretenden Kompensationen kontraproduktiv: Ein schlechter Schüler profiliert sich durch Aufsässigkeit oder als Klassenkasper und verschlechtert dadurch seine Chance auf den objektiv wichtigeren Schulabschluß, oder übertrieben elegante Kleidung macht Häßlichkeit besonders auffällig.

ADLER (1912) betont gegenüber FREUD die kausale wie ebenso finale Determinierung neurotischen Verhaltens. Schmerzliche Erlebnisse nötigen «zu etwas» (kausal), aber die Auswahl der Lösung ist eine (meist unbewußte) Entscheidung (= final). Die Gesamtheit solcher Entscheidungen bildet die «Leitlinie» oder das «Leitbild».

Psychotherapeutisch wichtig ist, daß Neurotiker zumeist nur die kausale Seite sehen («Ich bin Opfer») und nicht die finale («Ich bin auch Täter»). Entsprechend seiner sozialpsychologischen Ordnung hat ADLER eine differenzierte Taxonomie des Einflusses der Stellung in der Geschwisterreihe auf Charakterausformung entwickelt.

Eine individualpsychologische PT entwickelt sich idealtypischerweise in folgenden fünf Phasen:

1. Vertrauensbasis;
2. Zurverfügungstellung eines Raumes, sich zu eröffnen;
3. vorsichtig dosierte Enthüllung der geheimen finalen Entscheidungen, diese entschuldigt durch die frühkindlichen Erlebnisse;
4. Ermutigen, die neue Sicht in soziale Umstellungen zu überführen, also den bisherigen Lebensstil zu ändern;
5. die zunehmende Selbständigkeit mit Ablösung vom Therapeuten verbinden.

ADLERS Individualpsychologie hat in der Medizin mit Ausnahme der Kinderpsychiatrie wenig Resonanz gefunden, was wahrscheinlich auf die geringe Betonung (trotz «Organminderwertigkeit») von biologischen Determinanten und deren biopsychosozialen Zusammenwirkens zurückgeht.

## Die JUNG'sche Analytische oder Komplexe Psychologie

C. G. JUNG entstammt einer protestantischen Pfarrerdynastie und erhält eine ebensolche umfassende klassische Bildung wie FREUD, welche er durch lebenslange intensive Studien der Geistesgeschichte des Mittelalters (z. B. Alchemie) sowie von Religionen und Mythen (vor allem fernöstlicher und indiani-

scher) vertiefte. Aus der mütterlichen Linie erfährt er eine Offenheit für Parapsychologie. Seine medizinische Promotion handelt von okkulten Phänomenen mit seiner Kusine als Medium. Er hat wiederholt unterstrichen, daß er ein religiöser Mensch sei (was sich in vielen Veröffentlichungen darstellt, unübersehbar in «Psychologie und Religion» 1942 oder in «Antwort auf Hiob» 1953). Beides zusammengekommen ist er als gläubiger und abergläubischer Mensch präziser beschrieben.

Folgerichtig versteht er seine Lehre und die zugehörige «Therapie» ebenso sehr als Heilsweg wie als medizinische Behandlung, und seinen «Archetypen» (s. u.) eignet sich numinose (= heilige) Kraft.

JUNGS Verbindung mit FREUD und dessen Gruppe verläuft synchron mit derjenigen ADLERS (von 1902 bis etwa 1912), ist aber tiefer und persönlicher, was den Bruch besonders für FREUD, der in JUNG in dieser Zeit seinen Nachfolger sah, entsprechend schmerzlicher macht.

JUNGS Theorie ist genauso streng energetisch (JUNG, 1948) wie diejenige FREUDS, wobei er allerdings den Libido-Begriff sehr viel allgemeiner faßt und damit entsexualisiert (JUNG, 1912). Sientmal die moderne wissenschaftliche Psychoanalyse auf den Energiebegriff verzichtet, hat dies mehr historische Bedeutung, bzw. – positiver formuliert – die weitere Entwicklung hat in diesen beiden Punkten eher JUNG (und auch ADLER) recht gegeben.

Ein ganz entscheidender Unterschied betrifft das Therapieziel: Während für FREUD Reife und Vernunft (und mit letzterer: Bewußtheit) Menschheitsziel ist, welcher Infantilität und Unbewußtheit entgegensteht, und für ADLER Gemeinschaftsfähigkeit (s. o.), ist JUNGS Ideal die «psychische Totalität»: ein Mensch also, der alle in ihm angelegten Fähigkeiten entwickelt hat und über sie verfügen kann, was durch Kompensation und Komplementierung entwickelt werden kann. Kompensation hat somit bei JUNG einen ganz anderen Sinn als bei ADLER und bedeutet: Korrektur von Einseitigkeit durch Konfrontation mit polarkonträren Elementen aus dem Unbewußten. Sie sollte zur Komplementierung (s. u.) führen.

Dies wiederum setzt (i) ein Menschenbild mit polargegensätzlichen Funktionen voraus und (ii) verleiht dem Unbewußten anthropo-

logisch wertvollere Funktionen als in den anderen Tiefenpsychologien.

ad (i): In der Tat gliedern sich JUNGS vier Grundfunktionen in je zwei Polaritäten: *Denken* (= logisch-begriffliches Verstehen) versus *Fühlen* (= Erfassen als angenehm versus unangenehm) sowie *Empfinden* (= bloßes, wertfreies Wahrnehmen der Realität) versus *Intuition* (= Wahrnehmen der Möglichkeiten der Realität). Von diesen wird postuliert, daß beide Polaritäten angelegt sind, von denen jeweils nur ein Pol (dies ist die «superiore» Funktion) zur Dominanz bestimmt sei, der dann auch für diesen Menschen am besten zur Weltbewältigung taugt und entwickelt werden sollte (was von Geburt bis zur Lebensmitte geschieht). Damit bleibt dessen polare Gegenfunktion (die «inferiore») notwendigerweise unterentwickelt und im Unbewußten.

Es gibt Mischtypen, die neben der superioren Funktion noch eine zweite mitentwickeln, die aber nicht die polar entgegengesetzte sein kann (Denken + Intuition = Speklatives Denken; Denken + Empfinden = Empirisches Denken; Fühlen + Intuition = Intuitives Fühlen; Empfinden + Fühlen = Empfindendes Fühlen). Auch die zwei Einstellungsweisen sind polargegensätzlich: *Extraversion* (= Orientierung auf das Außen mit positivem Verhältnis zum Objekt mit Beachtung kollektiver Normen und des Zeitgeists) versus *Introversion* (= Orientierung aus dem Innen, eher vermeidendes Verhältnis zum Objekt, Bestimmtwerden von subjektiven Faktoren): Auch von diesen beiden wird jeweils nur eine superior. Aus vier Funktionstypen mal zwei Einstellungsweisen ergeben sich acht (bzw.: bei Berücksichtigung von Misch-Typen dann 16) «Psychologische Typen» (JUNG, 1921).

Im Verein mit der Außenorientierung der Extraversion bildet die superiore Funktion die *Persona*:

Diese «ist ein Funktionskomplex, der aus Gründen der Anpassung oder der notwendigen Bequemlichkeit zustande gekommen ist, aber mit der Individualität nicht identisch ist. Er bezieht sich ausschließlich auf das Verhältnis zu den Objekten, zum Außen» (JUNG, 1921, S. 664). Die Metaphorik des Begriffs *Persona* (= die Holzmaske der antiken Schauspieler) läßt pathologische Verfestigung und mechanische Erstarrung vermuten, was aber ausschließlich auf Überdifferenzierungen zutrifft. Sofern die *Persona* der Außen- wie der Innenwelt gut angepaßt ist, ist sie für ihren Träger «ein notwendiger aber elastischer Schutzwall, der ihm eine relativ natürliche, gleichmäßige und leichte Verkehrsform mit der Außenwelt si-

chert.» (JACOBI, 1940, S.46). Entsprechend JUNGs superior-versus-inferior-Polaritätskonzeption trägt das Unbewußte eines Mannes eher weibliche Züge und kann als «*Anima*» personifiziert werden; bei Frauen ist dies umgekehrt, also «*Animus*».

Der Kritik, daß seine Typologie zu sehr rational konstruiert sei, hält JUNG entgegen, daß sich diese ihm in jahrelanger Erfahrung so ergeben habe und gebildet worden sei, weil sie alle gegebenen Möglichkeiten erschöpfe und sich diese «nicht auf einander beziehen, respektive reduzieren lassen» (1921, S.629). Empirische Überprüfungen mit klinischer und experimentalpsychologischer Methodik haben diese vier Funktionstypen nicht oder nicht als polare finden können. Dagegen ergab sich in der faktorenanalytischen Fragebogenforschung regelmäßig als Faktor 2. Ordnung eine polare Dimension «Extraversion versus Introversion» (z. B. EYSENCK, 1953). Die Gemeinsamkeiten zu den JUNGschen Einstellungsweisen sind allerdings nicht vollständig, weil diese Fragebogen-Extraversion auch Komponenten wie «Beharrlichkeit» oder «Irritierbarkeit» mitenthält.

ad (ii): Das *Unbewußte* ist nach JUNG der «ich-bezogenen Zielstrebigkeit gegenüber indifferent und von der unpersönlichen Objektivität der Natur»; es zeigt außerdem eine eigene doppelte Zielstrebigkeit, einmal zur «*Kompensation*» (= Ausgleich und Berichtigung durch Gegeneinanderstellung anderer Standpunkte, s. o.), zum anderen auf «*Komplementierung*» (= Vervollständigung der Psyche); beides zusammen zielt auf eine Abrundung der Psyche zu einer «Ganzheit» (JUNG, 1948). Deswegen nennt JUNG das Unbewußte auch das «Objektiv-Psychische». Neben dem Traum sind auch Phantasien und Visionen Manifestationen des Unbewußten. In allen dreien manifestieren sich fallweise mehr das *Persönliche Unbewußte* (welches Unangenehmes enthält, als «Vergessenes, Verdrängtes, auch unterschwellig Wahrgenommenes, Gedachtes und Gefühltes aller Art» (JUNG, 1921, S.690), dann wieder mehr Inhalte des *Kollektiven Unbewußten*. Sie betreffen mythologische oder allgemeine menscheitsgeschichtliche Symbole, welche JUNG *Archetypen* heißt.

Diese sind speciesspezifisch (vielleicht sogar allen höheren Lebewesen, nicht nur den Menschen gemeinsam) invariant vorgegeben und haben zwei Aspekte: (i) In ihrem biologischen sind sie Abbilder von Instinkt-Reaktionen, also angeborene «patterns of behaviour», psychisch notwendige Reaktionen auf bestimmte Situationen, die sich unter Umgehung des Bewußtseins formstarr durchsetzen (durchaus vergleichbar dem Nestbau von Vögeln oder der Bermuda-Suche von Aalen); (ii) in ihrem introspektiv-subjektiven Bild sind sie numinos (= von heiliger Kraft).

Die Untersuchung von Träumen ist der gangbarste Weg, Elemente und Wirkungsweisen des Unbewußten kennenzulernen. Die Traumsprache ist archaisch, symbolisch, prälogisch, sie bedarf eines eigenen Deutungsverfahrens. Träume haben eine regulierende Funktion, indem sie die jeweils «andere» (= die zum Bewußtsein gegenteilige) Seite darstellen, was zur Kompensation und Komplementierung (sensu JUNG, s. o.) auffordert.

Auf der klinischen Ebene sind zwei Phänomengruppen zentral wichtig: Symptome und Komplexe. Das Konzept «*gefühlsbetonter Komplex*» ist von JUNG (JUNG u. RIKLIN, 1904) in die Psychologie eingeführt worden (Vorläufer bei GALTON und WUNDT). *Symptome* sind Stauungsphänomene eines gestörten Energieablaufs, ein «Alarmsignal, das anzeigt, daß etwas Wesentliches in der bewußten Einstellung nicht stimmt oder ungenügend ist, und daß also eine Bewußtseinserweiterung stattfinden sollte». Komplexe sind «abgesprengte seelische Persönlichkeitsanteile, die sich vom Bewußtsein abgetrennt haben, willkürlich und autonom funktionieren, also ein Sonderdasein in der dunklen Sphäre des Unbewußten führen, von wo aus sie jederzeit bewußte Leistungen hemmen oder fördern können». Sie gehen oft auf sogenannte Traumata zurück. Komplexe enthalten ein energetisches «*Kernelement*» mit «*konstellierender Kraft*», indem jenes verwandte psychische Inhalte an sich zieht und organisiert. Komplexe besitzen «*seelische Macht*, der gegenüber zeitweise die bewußte Absicht, die Freiheit des Ich aufhört» (JUNG, 1935). Nach JUNG haben alle Menschen Komplexe, und einige davon sind «gesund», indem sie «*Unerledigtes*» zur Erledigung drängen sowie zu größeren Anstrengungen motivieren und damit Erfolgsmöglichkeiten stiften. Komplexe können mit dem

JUNGschen Assoziationsverfahren experimentell gefunden werden.

JUNG selber sieht seinen speziellen Beitrag zur PT darin, über Kompensation und Komplementierung menschliche Totalität zu fördern, also alle vier Funktionen verfügbar zu machen (nicht gleichzeitig, das ist unmöglich, aber jeweils nacheinander).

Dies ist vornehmlich eine Aufgabe für die zweite Lebenshälfte (welche JUNG jenseits von 35 bis 40 Jahren ansetzte); für Jüngere sind eher Konzeptualisierungen von FREUD und ADLER einschlägig. «Reichlich zwei Drittel (meiner Patienten; A.-E. M.) stehen in der zweiten Lebenshälfte» (JUNG, 1929).

Die höchste Prävalenz erreichen neurotische Störungen jedoch in der ersten Lebenshälfte, was erklären könnte, warum die JUNGsche Psychologie außerhalb von Zürich (bzw. Küsnacht) nur noch als Etikett vorkommt. Es werden nämlich in den Krankenkassen-Gutachtenanträgen von jungianisch Ausgebildeten, welche überwiegend für Neurosekranken der ersten Lebenshälfte gestellt werden, spezifische Begriffe wie «inferiore Funktion», «Persona», «Archetypus», «kollektives Unbewußtes», «Komplementierung» so gut wie nie verwendet. So beurteilt sind die BRD-JUNGianer keine JUNGianer mehr.

## Psychodrama

JACOB LEWIN MORENO versuchte in Wien eine Reform und Wiederbelebung des Theaters, indem er der «Drama-Konserven» das «Theater der Spontaneität» entgegenstellte, worunter er eine Wiederaufnahme des Stegreiftheaters unter Einbeziehung des Publikums verstand, was er auch mit sozialen Randgruppen versuchte.

Wegen finanziellen Mißerfolgs 1925 in die USA emigriert, offeriert er ab dann seine Methode als Therapie und diese als Antithese zur Psychoanalyse: nämlich Handlung statt Wort, Gruppe statt Individuum.

MORENO sah die therapeutische Wirkung des Nachspielens zum einen in der Katharsis biographischer Enttäuschungen und Konflikte und zum anderen im Üben und Optimieren problematischer Interaktionen aus und für die Gegenwart.

Bei beiden erzwingt der Kunstgriff des *Rollentausches* Introspektion.

(Rollentausch heißt, daß der Patient sich in Interaktion mit einem wichtigen Partner begibt, welcher aber von einem anderen Patienten oder dem Therapeuten gespielt wird. Ist die Interaktion beendet, werden die Rollen vertauscht.)

Im Laufe seiner Übernahme und Weiterentwicklung, vor allem in Frankreich und Deutschland, wurde das Psychodrama in ein psychodynamisches Verständnis einbezogen. Es hat vor allem im stationären Setting Fuß gefaßt. Eine gute Einführung und Übersicht gibt PLOEGER (1983).

Mit seinen affektmobilisierenden und kathartischen Komponenten ist das Psychodrama in die Gestalt-PT übergeegenagen, mit seinen übenden in die Verhaltens-PT.

## Gestalt-Therapie

FRIEDRICH SOLOMON PERLS begann als bereits niedergelassener Berliner Nervenarzt eine therapeutische Analyse, welche er mit mehreren Therapeuten wechseln als Lehranalyse fortsetzte. Im Zuge der psychoanalytischen Kolonisation sandte ihn ERNST JONES nach Südafrika, um das dortige psychoanalytische Institut zu leiten. Mit der Psychoanalyse theoretisch und therapietechnisch unzufrieden, entwickelte PERLS die Gestalttherapie.

Die Beziehungen zur Gestalt-Theorie sind locker und unterschiedlich überzeugend. 1. «*Figur-Grund*»: Im Überlebenskampf wird das wichtigste Bedürfnis zur Figur und organisiert das Verhalten, bis dieses Bedürfnis befriedigt ist, worauf dieses in den Hinter-Grund tritt und ein anderes, jetzt wichtigeres Bedürfnis zur Figur wird. In Neurose (und noch mehr in Psychose) ist diese Elastizität des Wechsels gestört. 2. «*Unerledigte Situationen*» hinterlassen eine Tendenz zur Wiederaufnahme, um diesmal einen Abschluß zu erreichen. Entscheidend dabei ist, daß der Patient das eigene Gefühl eines guten Endes gewinnt. 3. Das *Ganze* (= die «*Gestalt*») determiniert die Teile und nicht umgekehrt (PERLS et al., 1973; POLSTER u. POLSTER, 1975).

Einige der *therapeutischen Leitlinien* heißen: 1. Stärke liegt in der Gegenwart; 2. Erfahrung zählt am meisten; 3. der Therapeut ist



sein eigenes Instrument und 4. Therapie ist zu wertvoll, um nur den Kranken vorbehalten zu sein.

Gestalt-PT hilft Individuen, Paaren und Gruppen, die «unter 'unerledigten Situationen'» und einem Übermaß an psychopathologischer Introjektion leiden (POLSTER u. POLSTER, 1975, S. 48).

Gestalt-Therapie ist in der BRD (besonders unter Klinischen Psychologen) sehr verbreitet. Wegen bislang noch fehlender Wirkungsnachweise gehört sie nicht zur Richtlinien-PT, d.h., sie wird von den Krankenkassen nicht finanziert.

## Daseinsanalyse

Für BINSWANGER (1942, 1947) und vor allem BOSS (1957, 1970) erscheint die Metapsychologie der psychoanalytischen Theorie, weil atomistisch und physikalistisch-hypostasierend, als zutiefst mangelhaft und nicht daseinsgerecht.

Diesen Vorwurf akzeptiert unterdessen die Mehrheit der heutigen psychoanalytischen Wissenschaftler – allerdings nur in der Form, daß die psychoanalytische Metapsychologie FREUDS einer überholten NEWTON-KANTSchen Physik verhaftet ist. Denkbar wäre stattdessen eine moderne, kybernetisch-hierarchisch-systemische Metapsychologie, welche mit den zeitgenössischen Konzeptionen des Funktionierens des Zentral-Nervensystems im Einklang wäre (z.B. PETERFREUND, 1980).

BINSWANGER und BOSS empfahlen stattdessen, die *Existentialontologie* HEIDEGGERS zu adoptieren.

Dies war nicht unplausibel, da «Sein und Zeit» (1927) von «Angst», «Stimmungen», «Sorge», «Gewissen» handelte. Allerdings hat HEIDEGGER (1927, S. 45) eine ebensolche Übernahme entschieden abgelehnt. Aus Gründen, welche wahrscheinlich mit dieser Warnung nicht zusammenhängen, stieß die Daseinsanalyse auf geringe Rezeption. Die amerikanischen «Existential Analysts» (z.B. ROLLO MAY oder IRWIN YALOM) zeigen nicht diese Exklusivbindung an HEIDEGGER, sondern orientieren sich auch an KIERKEGAARD, NIETZSCHE oder MERLEAU-PONTY.

BOSS betonte, daß er die psychoanalytische Praxis als solche unverändert lasse, und weigerte sich folgerichtig, aus der psychoanalytischen Gesellschaft auszutreten. Ersteres ist nicht glaubwürdig, denn Angst sensu HEIDEGGER ist nicht vergleichbar mit Trennungs-, Kontrollverlust-, Vergeltungs- oder Verletzungs-Angst.

In der Praxis findet daseinsanalytische PT weiterhin mit liegenden Patienten statt, allerdings in der Regel nur mit Wochenfrequenz 2.

## Psychoanalytische Kurztherapie oder Psychodynamische Verfahren

Der Begriff der «Kürze» wird nicht übereinstimmend verwendet. Dem Sinne nach sollte er sich auf die Gesamtsitzungszahl beziehen, und daran halten sich die BRD-Psychotherapie-Richtlinien, welche «kurz  $\leq 25$  Sitzungen» festsetzen.

Andere Quellen, insbesondere anderer Länder, meinen damit auch 50 oder 80 oder 150 Sitzungen. Indes ist die Gesamtsitzungszahl wahrscheinlich nicht unabhängig von der Wochenfrequenz, und deswegen gibt es auch den (u. E. unsinnigen) Begriff der «unlimitierten Kurzpsychotherapie», womit (i) lediglich eine Wochenfrequenz von zwei Sitzungen, bei (ii) open-end-Gesamtdauer gemeint ist.

Seltsamerweise bleibt dabei eine dritte und ebenfalls einflußreiche Variable unbeachtet: Ob die PT «im Liegen» oder «im Gegenübersitzen» stattfindet (s.o. unter «Liegings»-Analyse, Punkt: ad b)). Zusammen mit der Grundregel setzt dies Determinanten in Richtung einer Fokussierung auf die eigene innere Welt und auf Regression.

Die Polarität des gleichzeitigen Nebeneinanders von Kurz- gegen Langzeit-Verfahren existiert nur im Bereich der tiefenpsychologischen Therapien, was nicht unbedacht akzeptiert werden sollte.

Im Gesamtbereich der sonstigen Medizin hat ein Heilverfahren eben einfach seine benötigte Dauer. Weder Personenzentrierte noch Verhaltens-Therapie noch Autogenes Training oder Hypnose kennen Kurzformen. Noch gibt es Kurz-Entbindungen oder -Appendektomien. Natürlich werden Verkürzungen

entdeckt oder entwickelt, aber abhängig von ihren Vorzügen werden diese dann entweder das neue Standardverfahren oder fallen gelassen.

Denkbar ist, daß Kurz- und Langzeit-Verfahren qualitativ verschieden sind und deswegen auch unterschiedliche Indikationen haben. Dies ist plausibel, doch die Beweislage ist beschämend unzureichend – und soweit vorhanden (WALLERSTEIN, 1986) angedeutet gegenständig.

Es ist historisch schwer auszumachen, wann die ersten Bemühungen um psychoanalytische Kurztherapien begannen.

Die Legende datiert dies mit der Monographie «Entwicklungsziele der Psychoanalyse» von FERENCZI und RANK (1924). Liest man dieses Buch, findet man zwar in der Tat eine Reihe von Techniken beschrieben, welche später für Kurztherapien eingesetzt wurden, doch die Verfasser streben an keiner Stelle explizit Verkürzung an.

*Sämtlichen psychoanalytischen Kurzpsychotherapien ist gemeinsam, daß sie Kürzung unter Wahrung der «Essentials» der Psychoanalyse anstreben.* Solche Essentials sind, daß Veränderung über Einsicht in unbewußte Prozesse stattfindet, was durch Bearbeitung von Übertragung und Widerstand, von Symptom- und Lebensbericht und von Träumen geschieht.

*Die zur Kürzung eingesetzten Verfahren lassen sich in drei Kategorien einteilen: 1. Patienten-Selektion, 2. Verminderung der Regression, 3. Inhaltliche Begrenzung.*

ad 1): Die Patienten-Auswahl ist nicht zu trennen von der inhaltlichen Begrenzung (Punkt 3). Läßt sich eine letztere klar und als wahrscheinlich bearbeitbar erkennen, können die nachfolgenden Kriterien weitgehend entfallen.

SIFNEOS (1979) wählt Patienten, welche eine nur-ödipale Problematik aufweisen und die außerdem mindestens eine tragende Objektbeziehung haben oder hatten, wobei SIFNEOS letztere als «give-and-take»-Beziehung präzisiert. MALAN (1963) und DAVANLOO (1978, 1980) akzeptieren für eine Kurz-PT auch prä-ödipal gestörte Kranke, vorausgesetzt diese weisen eine tragende Objektbeziehung auf. SIFNEOS verlangt darüber hinaus das Motiv, sich selbst verändern zu wollen, wogegen DAVANLOO einwendet, daß sich dieses Motiv in und durch die Psychotherapie ändert.

ad 2): Die Verminderung der Regression wird durch ein (gegenüber der hochfrequenten Liegungs-Analyse) geändertes Setting angestrebt: – Gegenübersitzen; – nur ein bis zwei Sitzungen pro Woche; – direkte Technik (z. B. fokussiert auf bestimmte Probleme); – vorangekündigte Limitierung.

Davon ist die angekündigte Limitierung deswegen problematisch, weil die psychodynamische Therapie mit ihrem Akzent auf biographischem Gewordensein und demjenigen auf zwischenmenschliche Beziehungen der Natur einer unendlichen Geschichte nahekommt. Es gibt «weiche» und «harte» Vorgehensweisen (genauer bei MEYER et al., 1988), aufgrund eigener Erfahrungen mit der «harten» empfehlen wir eine «weiche».

Innerhalb der Richtlinien-PT in der BRD mit ihren vorgegebenen und antragsabhängigen Bewilligungskontingenten werden ohnehin «weiche» Fristsetzungen angeboten, «weich», weil mehrere «Tranchen» möglich sind.

ad 3): Inhaltliche Begrenzungen zielen entweder auf *die derzeit aktuelle und angebotene Symptomatik*, oder sie suchen nach einem *Fokal-Konflikt* (ALEXANDER u. FRENCH, 1946; MALAN, 1963).

Das Modell des Fokal-Konflikts ist das *Flöß-Gleichnis* (BALINT). Beim Flößen von Baumstämmen kommt immer wieder vor, daß sich diese verkeilen und das ganze Feld (oder ein großer Teil davon) blockiert wird. Sorgfältiges Studium des Problems erlaubt, ganz wenige Baumstämme zu identifizieren, deren Verkeilung den Rest blockiert und deren Lösung dem ganzen Feld wieder freie Fahrt ermöglicht. Metaphorisch soll eine Focus-Definition diese verkeilten Baumstämme identifizieren und idealiter auch noch die Methode ihrer Entkeilung enthalten.

Andere Autoren geben engere Anweisungen für eine Focus-Suche vor.

DAVANLOO (1978, 1980) faßt diese in zwei Dreiecks-Kurzformeln. Die Transference-Current-Past-Links (= TCP) betreffen das *Objektbeziehungs-Dreieck*: «Sie glauben, jetzt mit mir zu erleben (= T), was Sie zur Zeit mit X erleben (= C) und was Sie genauso seinerzeit mit Y (= Kindheitspartner) erlebt haben (= P).» Die Defense-Anxiety-Impulse/Feeling-Links zielen auf das *Symptombildungs-Dreieck*: «Eigentlich fühlen Sie (= F) oder wünschen (= W) sich X, was Ihnen Angst (= A) macht, weswegen Sie Y (= D) dagegen einsetzen.»

SIFNEOS fokussiert auf eine bestimmte Objektbeziehung, LUBORSKI auf den «Zentralen Beziehungs-Konflikt» (LUBORSKI u. KÄCHELE, 1988), STRUPP (1988) auf ein oder mehrere «Cyclic maladaptive pattern». Sämtliche dieser Begriffe kreisen um den Begriff der zwangswiederholenden Beziehungsbildung, sowohl außer- wie auch innerhalb der Übertragung.

## Personzentrierte Therapie

Ein Verfahren, welches seine Abkunft von der Psychoanalyse eher verdrängt und welches als Kurztherapie sehr gute Wirkungsnachweise vorlegt, ist die Personzentrierte Therapie. Von ROGERS und in Deutschland besonders von TAUSCH entwickelt, hat es mehrere Namen angenommen (Non-Direktiv, Klient-Zentriert, Gesprächs-Psychotherapie, Person-Zentriert). Für die hier vertretene Auffassung einer Schnittmenge mit der Tiefenpsychologie ist der Verweis auf die historischen Vermittler (OTTO RANK, der späte RANK der Kurztherapie, KAREN HORNEY und Bessie TAFT) weniger wichtig als der konkrete Nachweis von Gemeinsamkeiten.

ROGERS' Forderung nach *Empathie* (= den Patienten aus seiner inneren Welt heraus zu verstehen) korrespondiert mit derjenigen der Psychoanalyse, von der inneren Welt des Patienten auszugehen und diese so präzise wie möglich mitzuerleben.

Sein Rat, dabei «auch die möglichen Zonen zu erfassen, die am Rande der Gewahrwerdung auftauchen», entspricht der psychoanalytischen Forderung, «Unbewußtes bewußt zu machen», wobei nicht übersehen werden darf, daß die Psychoanalyse hierfür sehr differenzierte, aber auch uneinheitliche und widersprüchliche Theoreme (FREUD, M. KLEIN, LACAN, MAHLER, KOHUT usw.) anbietet. Auch aus diesem Grund hat ROGERS sein Verfahren mit den Epitheta «nicht-direktiv» oder «person-zentriert» gegen die (s.E.theorie-zentrierte) Psychoanalyse abgesetzt.

Dem psychoanalytischen Theorem des «intrapsychischen Konflikts» (s. o.) entspricht ROGERS' Begriff der «Inkongruenz zwischen elementaren (organismischen) Erfahrungsprozessen und dem Selbstbild». «Organismisch» bedarf einer Explikation.

ROGERS meint damit (ROGERS, 1981, S. 73): «Man kann sagen, daß in jedwedem Organismus auf jeder der Entwicklungsebene eine Grundtendenz zur konstruktiven Erfüllung der ihm innewohnenden Möglichkeiten vorhanden ist.» Dies beginnt bereits im Kindesalter (ROGERS, 1979, S. 234): «Was dabei vorgeht, läßt sich am besten als organismischer Wertungsprozeß, ein Prozeß, bei dem jedes Element und

jedes Moment dessen, was ein Kind gerade erfährt, irgendwie bewertet wird, und, je nachdem ob es gerade zur Selbstverwirklichung des Organismus beiträgt, oder nicht, angenommen oder zurückgewiesen wird ... Das psychische Wissen seines Körpers leitet seine Verhaltensschritte mit dem Ergebnis von – ... – objektiv vernünftigen Wertentscheidungen ... wobei der Ursprung seiner Entscheidungen nur in seinem Innern zu finden ist.»

Eigene Untersuchungen (STUHR u. MEYER, 1991) ließen uns schlußfolgern, daß die Personzentrierte Therapie ebenfalls eine Fokaltherapie ist, aber eine mit invariantem Focus, d. h. demselben für alle Patienten, und dieser lautet: «*Erkenne Deine Gefühle und drücke sie aus und akzeptiere Dich selbst. Dies ist das Entscheidende, das, was Du brauchst, um leben zu können*».

Dagegen erhalten die individualisierten Focusformulierungen einer psychodynamischen Focustherapie regelmäßige Symptome und/oder Biographie – oder beides.

Für Personzentrierte Therapeuten sind Symptome nur ein Anlaß unter vielen anderen, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte und/oder Selbstakzeptanz zu fördern. Damit entsteht eine Desakzentuierung der Symptome, diese werden unwichtig, denn es geht in diesem unserm Leben darum, authentisch zu leben, und das heißt, nach unseren Emotionen zu leben.

Für die psychoanalytische Neurosenlehre dagegen sind Symptome zentrale Phänomene, ihre Zeitgestalt läßt auf bestimmte unbewußte Konflikte schließen, und solange Symptome bestehen, ist noch nicht genügend Es zu Ich geworden. Für einen Psychoanalytiker ist es auch in einer Kurzpsychotherapie widernatürlich (d. h. gegen seine zweite, seine professionelle Natur), die Behandlung zu beenden, solange noch Symptome bestehen.

Natürlich erzählen auch Menschen in Personzentrierter Therapie von ihrer Vergangenheit, von früheren Kränkungen und Triumphen. Jedoch hier wird dies wiederum Anlaß, damalige Gefühle zu explorieren sowie zu verbalisieren und/oder Selbstakzeptation zu fördern, ohne jedoch deren Auswirkungen auf die Gegenwart bevorzugt zu berücksichtigen.

Für den Psychoanalytiker gilt, daß er die infantile Amnesie aufzuheben habe; oder – bescheidener – seinem Patienten zu helfen, seine Vergangenheit insofern zu verstehen, daß eine Bewältigung der Gegenwart nicht mehr durch verjährte Regeln verzerrt wird. Streng durchgeführt wird die Suche nach der verlorenen Zeit bekanntlich ein 10-bändiges Unterfangen. Die Basis-Ideale von Psychoanalyse und diejenigen von Kurzpsychotherapie stehen in einem gewissen Gegensatz zueinander. Da ferner das Lehrziel des invarianten Focus in der Regel in 8, in 15, in 30 Sit-

zungen erreicht wird, kann Personenzentrierte Therapie im beiderseitigen Einvernehmen dann abgeschlossen werden.

Somit ermöglicht die invariante Focusformulierung der Personenzentrierten Therapie dank ihrer Nichtberücksichtigung von Symptomen und Biographie, sowohl (a) auf eine spezielle Neurosenlehre verzichten zu können und (b) ihre Behandlungstechnik sehr zu vereinfachen.

Die bis anhin gegebene Schilderung der Personenzentrierten Therapie kann in wenigen Jahren überholt sein. Eine Folgegeneration bemüht sich intensiv um eine Differenzierung von Anthropologie, Krankheitslehre und Behandlungstechnik (z. B. TEUSCH u. FINKE, 1993).

Die Personenzentrierte Therapie beansprucht, alle notwendigen und hinreichenden Bedingungen wirksamer Psychotherapie zu enthalten.

## Humanistische Verfahren

Diese fehlen in Abbildung 1, weil sie ein Oberbegriff sind, mit welchem sich Personenzentrierte und Gestalttherapie sowie die amerikanische Existentialpsychologie zusammenfassen, womit (a) unterstrichen wird, daß es um den Menschen geht und nicht um die bio-physico-chemische Maschine der somatischen Medizin, und (b) betont wird, daß diese Verfahren mehr anstreben als medizinische Behandlung («Therapie ist zu wertvoll, um Kranken vorbehalten zu werden», s. o.). Dementsprechend entwickeln humanistische Psychotherapien keine Krankheitslehre.

## Verhaltenstherapie, Verhaltensmodifikation, Verhaltensmedizin

Im Unterschied zu den bisher besprochenen PT-Richtungen, die alle «aus der Klinik» stammen, d. h. in den Sprechzimmern von Nervenärzten oder in Beratungsstellen von Psychologen entstanden, leitet sich die Ver-

haltenstherapie aus Experimenten über Verhaltensänderungen ab – vor allem an Tieren.

Anfänglich ist sie dem Behaviourismus verpflichtet, dessen zentrales Paradigma lautet: Es gibt zwar Introspektion, aber deren Resultate sind derart schwankend und unzuverlässig, daß eine Psychologie, insofern und insoweit sie Wissenschaft sein will, Introspektion nicht nutzen darf, sondern nur die Beobachtung von Verhalten.

Seit der sogenannten «kognitiven Wende», welche die innere – und mithin die nur introspektiv erfaßbare – Welt des Kranken einbezieht, ist diese Kernposition des Behaviourismus verlassen worden.

Für eine detaillierte Darstellung dieser Entwicklung vgl. Kapitel III.E.

Der Triumph einiger Psychoanalytiker, daß damit eine Wende zur Tiefenpsychologie stattgefunden habe, beruht auf einem Irrtum. Die kognitive Wende bedeutet nämlich keineswegs eine Annäherung an die Konzeption der dynamischen Unbewußtheit pathogener Psychodynamismen, noch eine Übernahme der Kernbegriffe von Übertragung und Widerstand. Die Kognitionen, welche die kognitiv-behaviourale PT erfaßt und bearbeitet, sind bewußtseinsnah, allerdings maladaptiv (s. u. 4. Kognitives Lernen).

In den Verhaltenstheorien umfaßt der *Begriff des Lernens* zwar dessen vorwissenschaftliche und auch dessen pädagogische Konzeptualisierungen (einen Menschen kennenlernen, Lesen, ein Gedicht oder Radfahren lernen), er ist aber deutlich weiter, denn er *umfaßt alle erlebnis- oder erfahrungsbedingten systematischen Verhaltensveränderungen*, welche somit abzugrenzen sind von zwei anderen Gruppen von Verhaltensänderungen: (a) Reifung (genbedingt, aber häufig mit postnataler Expressivität) und (b) Körperkrankheiten bzw. Verletzungen.

Dabei lassen sich vier Grundmuster von Lernen unterscheiden:

1. Das *klassische Konditionieren* (oder auch Signal-lernen) setzt einen biologisch vorgegebene Stimulus-Reaktions-Zwang voraus (Futter sehen → Speicheln; Luftstrom aufs Auge → Blinzeln), wobei die beiden Partner dieser Zwangsverbindung «unbe-

dingter Stimulus oder Reiz» und «unbedingte Reaktion» heißen. Durch wiederholte (manipulativ-experimentelle oder lebensgeschichtlich-akzidentelle) simultane Paarung des unbedingten Stimulus mit einem anderen (dem «bedingten Stimulus») wird ein neuer Reiz-Reaktions-Zwang geschaffen: Der bedingte Stimulus löst jetzt für sich allein – d. h. ohne Auftreten des unbedingten – die unbedingte Reaktion aus.

Ein medizinisches Beispiel: Cytostatica-Infusionen führen zur unbedingten Reaktion von Übelkeit. Sie werden in der Regel in derselben onkologischen Ambulanz im selben Zimmer verabfolgt. Nach einigen Behandlungen kann bereits das Aufsuchen dieses Raumes zu Übelkeit führen.

2. Beim *operanten Konditionieren* (oder auch: Lernen anhand der Konsequenzen) entstehen systematische Verhaltensänderungen durch die Folgen des betreffenden Verhaltens. Sind diese angenehm – sei es direkt, sei es über Verminderung eines unangenehmen Zustandes (= negative operante Konditionierung) –, wird das betreffende Verhalten systematisch beibehalten. Diese Lern-Grundmuster (Erziehen oder Tier-Dressur durch Lob-Belohnung und/oder Strafe) ist zwar von altersher bekannt, aber sein generelles Vorkommen außerhalb dieser Bereiche ist erst durch die Verhaltensforschung deutlich geworden.

Ein psychopathologisches Beispiel ist die «gelernte Hilflosigkeit»: Erziehungsberechtigte, welche Hilfeheischen eines Zöglings gern und womöglich voraussetzend erfüllen und umgekehrt Selbständigkeit kritisieren oder deren Erfolg bezweifeln, werden Hilflosigkeit operant verstärken.

3. Auch hinsichtlich *Lernen am Modell* war schon vorwissenschaftlich geläufig, daß Vorbildern imitativ oder identifikatorisch nachgefolgt wird. Entsprechende Lernvorgänge können komplexere und vor allem soziale Verhaltensweisen stiften.
4. Wie schon erwähnt, schlägt das *Kognitive Lernen* eine gewisse, indes sehr begrenzte, Brücke zu den psychodynamischen Modellen. Bestimmte Lebenserfahrungen verfestigen sich zu gedanklichen Konstrukten, welche ihrerseits wiederum neue Erfahrungen färben oder gar verhindern. «In meinem Leben war es immer so, alles wird

böse enden.» Was die Tiefenpsychologen Übertragung heißen, kann kognitiv behavioural folgendermaßen formuliert werden: «Meine Mutter (und eigentlich alle Frauen) wollen Söhne an sich binden und jegliche Eigenständigkeit sabotieren.» «Mein Vater und mein Großvater (und somit «die Männer») wollen immer nur das Eine – ich als Mensch zähle dabei nicht.»

Aus diesen vier Lern-Grundmodellen lassen sich eine ganze Reihe von therapeutischen Vorgehensweisen ableiten, welche in Kap. III.E. ausgeführt werden.

## Die Systemische Therapie

Sie verdient deswegen besondere Beachtung, weil sie sich auf ein gesondertes Theoriesystem beruft.

Systemtheorie ist zwar ideengeschichtlich kein taufrisches Konzept (LAMBERT, 1787), aber sie hat in den letzten 30 Jahren dank Informatik und Kybernetik sowie Kommunikationstheorie erheblich an Erklärungskraft gewonnen.

Allerdings finden sich enorme theoretische Unterschiede, welche System-Psychotherapeuten meist großzügig harmonisieren (s. z. B. LUDEWIG, 1992). Die Palo-Alto-Gruppe legt Gewicht auf Zirkuläres Denken, Interpunktion und Paradoxe Kommunikation, die Mailänder Schule auf Paradoxa und Gegenparadoxa und Varela auf Autopoiese und einen radikalen Konstruktivismus, also Beobachter-Relativismus.

In dem «Forschungsgutachten zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes (MEYER et al., 1991, S. 95) wird festgestellt:

«Ein Beweis für die Richtigkeit der systemischen Wirkannahmen oder auch nur für die Wirksamkeit der systemischen Therapie bei der Behandlung eines breiteren Spektrums psychischer Störungen und Erkrankungen ist durch die vorliegenden Ergebnisse nicht erbracht.»

Wenig später werden jedoch Zukunftsmöglichkeiten vermutet:

«Diese Bewertung schließt nicht aus, daß systemisches Denken eine wertvolle Bereicherung des Gesamtbereichs der PT sein kann und einmal berechtig-

terweise eine größere Rolle spielen wird als heute. Es ist auch nicht auszuschließen, daß die bisher nur sehr unzureichend geprüften einzelnen systemischen Vorgehensweisen sich einmal als wertvolle Bereicherung des Spektrums psychotherapeutischer Behandlungsmethoden erweisen werden.»

Der solchermaßen formulierte Vertrauensvorschuß begründet sich dadurch, daß (a) die Systemische PT eine Reihe besonderer Techniken verwendet (z. B. Genogramm, zirkuläre und hypothetische Befragung, paradoxe Aufträge, vgl. Kap. III.D.) und daß (b) für jeweils eine PT-Sitzung eine Vielzahl von Therapeuten eingesetzt wird, die sich zeitaufwendig vor-, zwischen- und nach-bereitet und auch mit Interventionen eingreift, wogegen (c) dazwischen nur wenige und weit auseinanderliegende Sitzungen eingesetzt werden (vgl. Kap. III.D.).

Darüber hinaus (d) verspricht das Epitheton «systemisch», hierarchisch-kybernetisch Modelle anzuwenden, welche in andern Wissenschaften sehr fruchtbar geworden sind. In der Tat betonen die systemischen Therapeuten die Überlegenheit ihres zirkulär-systemischen gegenüber dem linear-monokausalen Denken und verwenden in diesem Sinn Begriffe wie Rückkoppelung und Homöostase.

Kritisch betrachtet findet sich hier viel Hochstapelei.

Das Konzept der Homöostase z. B. impliziert, daß Soll- und Ist-Werte existieren, ferner Sensoren, die beide abgreifen, und dann Mechanismen, welche zirkulär die zweiten an die ersten rückführen. Diese schwierige Aufgabe nehmen Systemiker nicht einmal ansatzweise auf sich, womit sich ihr Wortgebrauch von Homöostase als inflationäre Umbenennung von menschlicher Trägheit oder Beharrungsvermögen entpuppt.

Oder: System-Therapeuten haben als Beispiele von Zirkularität und unterschiedlicher Interpretation interaktionelle Teufelskreise hervorgehoben, bei welchen z. B. eine Ehefrau «Ich nörgle, weil Du dich immer zurückziehst» als Kausalattribution verwendet, wogegen ihr Mann Ursache und Wirkung umgekehrt attribuiert «Ich ziehe mich zurück, weil Du immer nörgelst» (WATZLAWICK et al., 1969, S. 59). Oder auch: «Ich bin so eifersüchtig, weil Du mir so viel verheimlichst» versus «Ich verheimliche Dir soviel, weil Du immer so eifersüchtig reagierst».

Solche Phänomene, die jeder Therapeut gut kennt, können indes genauso psychodynamisch-motivpsychologisch verstanden werden (es geht um Selbstbehauptung oder Macht oder Trotz, wozu die jeweiligen Kausalattributionen nur Instrumente sind).

Sie sind aber genauso verhaltenstherapeutisch interpretierbar:

$R_A = S_B \rightarrow R_B = S_A \rightarrow R_A$ . In Worten heißt « $R_A = S_B$ », daß die Reaktion von A (=  $R_A$ ) für B zu einem Stimulus ( $S_B$ ) wird, und « $S_B \rightarrow R_B$ », daß B hierauf mit  $R_B$  antwortet, welches über « $R_B = S_A$ » für A zum Stimulus  $S_A$  wird, auf welchen er seinerseits « $S_A \rightarrow R_A$ » wieder mit  $R_A$  reagiert, womit der Zirkel von neuem beginnt.

In der systemischen PT gewinnt auch der Begriff der Paradoxie eine zusätzliche Bedeutung. Formal ist er zwar identisch mit der «logischen Paradoxie», interaktionell wird er aber als Manipulationsmittel eingesetzt, welches konstruktive Interaktionen blockiert.

Aufgabe des systemischen Therapeuten ist, hier ein Gegenparadox zu finden – eine sehr kreative und schwierige Aufgabe, die schwer lehrbar ist, weswegen viele sich auf deren schlichteste Form, die «Symptomverschreibung», zurückziehen.

Die geschilderte Theorie macht plausibel, daß Systemische PT sich besonders der Paar- und Familien-PT widmet, sich aber nicht darauf beschränken muß (zum therapeutischen Vorgehen vgl. Kap. III.D.).

Zukünftige Wirksamkeitsstudien müssen erweisen, ob die Systemische PT als Ganzes oder welche ihrer Elemente zu bleibenden Bereicherungen unserer Therapiemöglichkeiten werden.

## Gestaltungs- und Kunst-Therapien

Diese mobilisieren die ursprünglichen menschlichen Fähigkeiten zum nichtverbal-symbolischen Ausdruck.

Jedes Kind malt, zeichnet, plastiziert, bastelt, wenn auch mit unterschiedlicher Intensität und Geschick und auch Lust, und eine Kinder-PT ist ohne solche Elemente gar nicht denkbar, aber die meisten von uns lassen diese Fähigkeiten in Latenzzeit oder Pubertät verschütt gehen.

Außerdem besitzen unbewußte Produktionen – wie vor allem Schlafträume zeigen – eine gewisse Affinität zum Bildhaften und zur Bildsymbolik.

Schließlich gibt es Kranke, die nur sehr eingeschränkt zur Verbalisierung von Seelischem befähigt sind. Solche finden sich gehäuft unter technischen Berufen und bei den sogenannten Alexithymikern (vgl. Kap. II.B).

In der Musik-PT kommt es darüber hinaus auch zu einem Austausch auf interaktiv-nicht-verbalen Ebene, was ebenfalls für Tanz-Therapie gilt, welche außerdem klare Bezüge zu den Körpertherapien (s. o.) hat.

Die Wirkweisen von Kunst- und Gestaltungs-Therapien sind hochkomplex und überdies noch unzureichend erforscht. In jedem Fall bringt die Erfahrung, daß man über mehr Fertigkeiten verfügt, als man sich zutraute, einen Gewinn an Selbstgefühl. Oft erleichtert bereits das Einbringen von Spannungen und unklar belastenden Gefühlen in die Produktion eines Objekts und wirkt dadurch kathartisch. Der Zuwachs an Differenzierung in der Gestaltung kann auf Gefühlsausdruck generalisieren.

In der Regel werden gestaltungstherapeutische Elemente innerhalb einer verbalen PT eingesetzt (und dies meist innerhalb von stationären Therapien), was dann Identifizierung von Problemen und deren Überführung in den Verbalbereich ermöglicht.

Eine zentrale Forschungsfrage ist, ob diesen Gestaltungs- und Kunst-PT nur diese verbalisierungs-vorbereitende Funktion zukommt, oder ob sie eigenständige Wirkung haben.

Bisherige, sehr vorläufige Daten scheinen anzuzeigen, daß beides zutrifft.

## Das Gruppen-Setting

Streng genommen gibt es keine Gruppen-PT (vgl. Kap. III.C., wo dies anders gesehen wird), sondern praktisch alle bekannten PT-Verfahren können auch im Gruppen-Setting angewendet werden. Einige sind dafür besonders geeignet, andere erfahren dadurch deutliche Umakzentuierungen bzw. Modifikationem.

Zum Beispiel ist das Psychodrama als Gruppenverfahren entstanden und dafür besonders geeignet; dennoch können Rollenspiele auch in der Dyade eingesetzt werden. Paar- oder Familien-PT setzen definitionsgemäß eine Gruppe voraus. Das AT (zumindest dessen Unterstufenübungen) verändert sich kaum durch das Gruppen-Setting. Dagegen kann Informationsgebung als Baustein der VT schlecht individualisiert werden und muß sich auf gruppengemeinsame Leitlinien beschränken. Auch Hypnose muß sich in der Gruppe auf ihre entspannend-erholsamen Komponenten begrenzen. Psychodynamische PT muß in der Gruppen-Situation multilaterale Übertragungen und Identifikationsangebote beachten und der Therapeut Allparteilichkeit anstreben (u. a. m.). Die Personzentrierte PT muß sich dann zum Encounter wandeln.

Für Adoleszente mit Identifikations- und/oder Ablösungsproblemen, für Patienten mit Akzeptationsschwierigkeiten oder mit gruppendeviantem Über-Ich hat Gruppen-PT eine prioritäre Indikation.

Bewährt hat sie sich ferner für homogene psychosomatische Gruppen (z.B. Asthma oder Bulimie), wo neben Problemlösung auch Information und Verhaltenssteuerung therapeutisch wirksam werden.

## Überlegenheitsansprüche der verschiedenen PT-Formen und das Äquivalenz-Paradox

Die These, «Psychoanalyse-ist-überlegen-weil-Kausaltherapie», sowie der Anspruch der Personzentrierten Therapie, ihrerseits alle notwendigen und hinreichenden Bedingungen wirksamer PT zu enthalten (was implicite heißt, daß sie anderen PT-Formen überlegen sein muß, insbesondere zeitökonomisch), wurden oben bereits dargestellt.

Einen identischen Überlegenheitsanspruch erhebt EYSENCK: Nur die Verhaltens-PT beruht auf wissenschaftlichen, nämlich experimentell gewonnenen Gesetzmäßigkeiten. Falls andere PT-Formen Erfolge aufweisen, die größer sind als die Spontanremission,

dann nur weil sie unwissenschaftlich verhaltenstherapeutische Elemente enthalten.

PERLS hat seine Gestalt-PT entwickelt, um den an sich selbst erlebten Leerlauf und die Ineffizienz der Psychoanalyse zu beheben.

MARIA SELVINI PALAZZOLI versichert uns, daß sie mit ihrer systemischen Familien-PT Mailänder Observanz Anorexien in wenigen Sitzungen heilt, wogegen sie früher mit Psychoanalyse tradierter Art auch nach hunderten von Sitzungen keine nennenswerten Erfolge sah.

Am vollmundigsten betont ALBERT ELLIS, daß natürlich seine RET (= Rational-Emotive Therapie) die beste und wirksamste sei, insbesondere natürlich im Vergleich mit dem FREUD'schen Unsinn oder den MILTON ERICKSON'schen Tricks.

Wie so oft scheitern Megalomanien an der Wirklichkeit. Keine der großen Metaanalysen zeigt die behauptete klare Überlegenheit einer bestimmten (unter den verbreiteten) PT-Richtungen. Wenn überhaupt, dann ergibt sich ein gewisser Vorsprung für die kognitiv-behavioralen PT-Formen und für die Hypnotherapie.

Dies wurde das *Äquivalenz-Paradox* genannt. Äquivalenz ist dabei allerdings mehrfach relativ zu verstehen, nämlich bezogen (a) nur auf die verbreiteten PT-Formen, (b) relativ zu den real-existierenden deutlichen Unterschieden in Theorie und Vorgehen und (c) zu den zitierten Ansprüchen auf klare Überlegenheit.

Ad (a) darf nämlich keinesfalls übersehen werden, daß (zumindest bei SMITH et al., 1980) einige weniger bekannte PT-Formen, wie z. B. «Reality therapy» oder «Undifferentiated counseling» miserable Werte erreichten.

Letzteres bedeutet: *Die Trittbrettfahrer-Argumentation «Jede Form von PT ist immer wirksam» ist schlicht falsch*; sie wird von den Ergebnissen nicht gedeckt.

Es existieren mehrere Hypothesen, welche dieses relative Äquivalenz-Paradox zu erklären versuchen, die miteinander vereinbar sind, sich also kombinieren können.

Die eine ist die Theorie der *kommunalen Faktoren*, welche lautet: Alle PT-Formen enthalten mehrere derselben basalen Wirkfaktoren: Mobilisierung von Hoffnung, Angebot einer uneigennützigeren Beziehung (als dies privaten Beteiligten infolge Parteilichkeit möglich ist), Klärung von Problemen und Erarbeiten von reibungsärmeren Lösungen, Ermutigung, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu ihnen zu stehen, Nachholen von emotionalen oder Lern-Defiziten usw.

Eine weitere Hypothese ist die Annahme der *Begrenztheit menschlicher Veränderungsmöglichkeit*, weshalb mit «Ende-der-Fahnenstange-Effekten» gerechnet werden muß.

Der Autor erwägt eine dritte Hypothese, welche *systemisch-kybernetische Überlegungen* dergestalt nutzt, daß 1. innerhalb des Menschen verschiedene Subsysteme auszu-machen sind, die 2. über eine gewisse Autonomie verfügen, sich aber 3. untereinander wechselseitig beeinflussen und 4. offen sind gegen außen und dadurch beeinflussbar – letzteres insbesondere durch Mitmenschen (s. Abb. 2.).

JEROME FRANK (FRANK, 1960) hat betont, daß jede Therapie, auch Wallfahrten oder Schamanismus, *Hoffnung mobilisiert* (1)\*, was per se – und sei es über selbsterfüllende Prophezeiungen – schon zum Positiven verändert. Wird diese Hoffnung nicht erfüllt, kommt es allerdings zu negativen Gegenanschlägen.

In der Regel geht ein Therapeut uneigennütziger als andere Beziehungspersonen auf den Patienten ein, gibt ihm mehr Zeit und Raum, zeigt ihm wohlwollende Neutralität (der Psychoanalytiker) bis positive Akzeptanz (der Personzentrierte Therapeut), was beides die *Selbstakzeptanz* (2)\* des Kranken fördert.

Psychoanalytiker werden vorrangig versuchen, *unbewußte Psychodynamismen einer bewußten Steuerung zugänglich zu machen* (3)\*, sie werden indes auch *bewußte kognitive Schemata* (4)\* *hinterfragen*, was beides indirekt zu *Kompetenzerhöhung* (5)\* führt. Nachreifung und auch Katharsis haben in dem

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Vektoren (= Pfeile) in Abbildung 2.



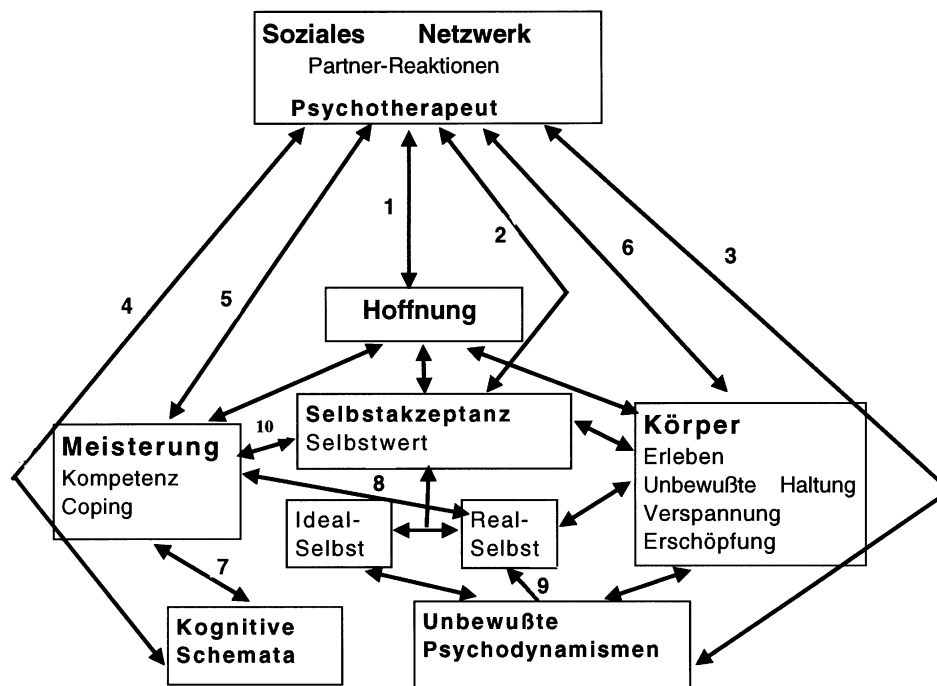


Abbildung 2: Schema über Psychotherapie-Wirkungen.

Schema (s. Abb. 2) noch keinen plausiblen Platz gefunden.

Ein Problem der Psychoanalyse, insbesondere in Kurz-PT, ist, daß der Weg zu (3)\*, die Aufdeckung unbewußter Psychodynamismen, hernach über (9)\* oft das Realself als egoistisch, kindisch, aggressiv usw. «entlarvt» und damit vorerst *Selbstakzeptanz mindert*.

Für die Personzentrierte PT ist die Förderung von (2)\* *Selbstakzeptanz* programmatisch. Die Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte plus Selbstexploration muß unter die Beeinflussung zu (3)\* *Bewußtmachung* und zu (5)\* *Kompetenzerhöhung* subsumiert werden; denn sie ermutigt den Kranken, seine authentischen, zum Teil abgewehrten, Bedürfnisse zu erkennen und über deren Mitteilung einer möglichen Befriedigung näherzubringen.

Für die Gestalt-PT gelten dieselben Wege wie für die Psychoanalyse, wobei die Gestalt-Rollenspiele besonders Katharsis, aber auch *Kompetenzerhöhung* (5)\* akzentuieren.

Verhaltenstherapie wirkt über *Meisterung* (5)\*, auch bei bio-feed-back, welches letzteres aber gleichzeitig auch über die *Körperbeeinflussung* (6)\* wirksam wird. Via *Meisterung* (5)\* wirkt sie weiter via (8)\* auf das Realself. Ferner, und dies offenbar erfolgreich, wirkt sie direkt über (4)\* die *Veränderung bewußtseinsnaher kognitiver Schemata*.

Körper-bezogene PTen wirken über (6)\* und (5)\*.

Bei der Systemischen PT bewirken die Gründlichkeit der Genogramm-Befragung und der Einsatz vieler Therapeuten eine *Hoffnungsmobilisierung* (1)\*. Hypothetische Befragung kann bessere Problemlösungen und damit *Meisterung* (5)\* aktualisieren, und zirkuläre Befragung erweitert *kognitive Schemata* (4)\* hinsichtlich Interaktion. Paradoxe Interventionen könnten über diesen Weg (4)\* und/oder über *Bewußtmachung* (3)\* wirksam werden.

So dargestellt und verstanden, verliert das Äquivalenzparadox eines von seiner Paradoxie.

Klinische Erfahrung macht wahrscheinlich, daß die entscheidenden Veränderungen eine Verbesserung der «Selbstakzeptanz» einerseits und eine solche der «Meisterung» andererseits (s. Abb. 2) betreffen.

Dies ist aber kein Freifahrtschein für jegliche PT, insbesondere nicht für diejenigen, die bisher keine Wirknachweise erbracht haben, und schon gar nicht für diejenigen (s. o. «Reality therapy» oder «Undifferentiated counseling»), welche schlechte Wirkungsnachweise erzielten; noch entbindet dies PT-Forscher von PT-Prozeß-Effizienzforschung, d. h. nach bestem Wissen und Gewissen zu ergründen, welche ihrer Interventionen bei welchen Problemen und welchen Kranken hilfreicher sind als andere.

## Literatur

- ADLER A: Über den nervösen Charakter (1912). Fischer, Frankfurt 1972
- ADLER A: Heilen und Bilden (1914). Fischer, Frankfurt 1973
- ALEXANDER A, FRENCH TM: Psychoanalytic therapy. Ronald Press, New York 1946
- BACHRACH HM, GALATZER-LEVY R, SKOLNIKOFF A, WALDRON S: On the efficacy of psychoanalysis. Am J Psychoanal Ass 39, 871–916, 1990
- BINSWANGER L: Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Niehaus, Zürich 1942
- BINSWANGER L: Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Bd. 1. Francke, Bern 1947
- BOSS M: Psychoanalyse und Daseinsanalytik. Huber, Bern 1957
- BOSS M: Grundriß der Medizin. Huber, Bern/Stuttgart 1970
- CORSINI RJ: Handbook of innovative psychotherapies. Wiley, New York/Toronto 1981
- DAVANLOO H: Basic principles and technique of short-term dynamic therapy. Spectrum, New York 1978
- DAVANLOO H (Hrsg.): Short-term dynamic psychotherapy. Aaronson, New York 1980
- EYSENCK HJ: The structure of human personality. Methuen, London 1953
- FERENCZI S, RANK O: Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Int Psychoanal Verlag, Wien 1924
- FRANK JD: Persuasion and healing. J Hopkins Univ Press, Baltimore 1960
- FREUD S: Studien über Hysterie (1895). GW I, S. 75–312. Fischer, Frankfurt
- FREUD S: Traumdeutung (1900). GW II/III, S. 1–602. Fischer, Frankfurt
- FREUD S: Psycho-Analysis (1926). GW XIV, S. 297–307. Fischer, Frankfurt
- FREUD S: Abriß der Psychoanalyse (1940). GW XVII, S. 63–147. Fischer, Frankfurt
- GRAWE K, DONATI R, BERNAUER F: Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1993
- GRÜNBAUM A: The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique. Univ California Press, Berkeley/Los Angeles/London 1984
- HEIDEGGER M: Sein und Zeit. Halle 1927
- HEIMANN P: On countertransference. Int J Psychoanal 31, 81–84, 1950
- JACOBI J: Die Psychologie von C.G. JUNG. 3. Aufl. Rascher, Zürich 1940
- JUNG CG: Wandlungen und Symbole der Libido. Deuticke, Leipzig/Wien 1912
- JUNG CG: Psychologische Typen. Rascher, Zürich 1921
- JUNG CG: Ziele der Psychotherapie. GW 16. 1929
- JUNG CG: Allgemeines zur Komplexlehre. GW 8. 1934
- JUNG CG: Über psychische Energetik und das Wesen der Träume. 1948
- JUNG CG, RIKLIN F: Experimentelle Untersuchungen über die Assoziationen Gesunder. GW 2. 1904
- KARDINER A: Meine Analyse bei FREUD. Kindler, München 1979
- LUBORSKI L, KÄCHELE H (Hrsg.): Der zentrale Beziehungskonflikt. Ein Arbeitsbuch. PSZ Verlag, Ulm 1988
- LUDEWIG L: Systemische Therapie. Grundlagen, Klinische Theorie und Prozeß. Klett-Cotta, Stuttgart 1992
- MALAN D: A study of brief psychotherapy. Tavistock, London 1963
- MEYER A-E (Hrsg.): The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom 35, 77–270, 1981
- MEYER A-E, STUHR U, DENEKE FW: Psychoanalytische Kurztherapie – Möglichkeiten und Grenzen anhand eigener Untersuchungen. In JANSSEN PL, PAAR GH: Reichweite psychoanalytischer Therapie, S. 55–73. Springer, Berlin/Heidelberg 1988
- MEYER A-E, RICHTER R, GRAWE K, SCHULENBURG V.D. J-M, SCHULTE B, SCHWEDLER J-J: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, Bonn 1991
- NIETZSCHE F: Jenseits von Gut und Böse. (Hrsg. SCHLECHTA K) Hanser, München 1966
- PERLS SF, HEFFERLINE RF, GOODMAN P: Gestalttherapie. Wiederbelebung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart 1973

- PETERFREUND E: On information and systems models for psychoanalysis. *Int Rev Psychoanal* 7, 327–345, 1980
- PLOEGER A: Tiefenpsychologisch fundierte Psycho-dramatherapie. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin 1983
- POLSTER E, POLSTER M: Gestalttherapie. Kindler, München 1975
- REICH W: Charakteranalyse. Kiepenheuer & Witsch, Köln 1971
- ROGERS CR: Lernen in Freiheit. Kösel, München 1979
- ROGERS CR: Der neue Mensch. Klett-Cotta, Stuttgart 1981
- SCHULTZ-HENKE H: Einführung in die Psychoanalyse (1927). Nachdruck. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1972
- SCHULTZ-HENKE H: Der gehemmte Mensch. Thieme, Stuttgart 1940
- SCHULTZ-HENKE H: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1971
- SIFNEOS P: Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique. Plenum Press, New York 1979
- SMITH ML, GLASS GV, MILLER TI: The benefits of psychotherapy. J Hopkins Univ Press, Boston 1980
- STROTZKA H: Was ist Psychotherapie? In STROTZKA H (Hrsg.) Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1975
- STRUPP HH, SCHACHT TE, HENRY WP: Problem-Treatment-Outcome-Congruence. In DAHL H, KÄCHELE H, THOMÄ H (eds.) Psychoanalytic process research, pp. 1–14. Springer, Heidelberg/Berlin 1988
- STUHR U, MEYER A-E: University of Hamburg: Hamburg short-term psychotherapy comparison study. In BEUTLER L, CRAGO M (eds.) Psychotherapy research: An international review of programmatic studies, pp. 212–218. 1991
- TEUSCH L, FINKE J (Hrsg.): Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Asanger, Heidelberg 1993
- WALLERSTEIN R: Fortytwo lives in treatment. Guilford, New York/London 1986
- WITTMANN WW, MATT GE: Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychol Rundschau* 37, 120–140, 1985
- ZEIG J (Hrsg.): Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. Brunner & Mazel, New York 1982

## B. Konzepte und Störungsbilder in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Medizin

HUBERT SPEIDEL

In der KANTianischen Denktradition haben wir gelernt, daß wir die Wirklichkeit nicht unmittelbar, sondern nur mittels theoretischer Konzeptionen verstehen können. Die Medizin hat seit SEMMELWEIS, KOCH und PASTEUR Krankheit lange im wesentlichen nach dem Erregermodell verstanden. Heutzutage dominiert daneben in der VIRCHOW'schen Tradition ein molekularbiologisches Krankheitsverständnis. Während solche Krankheitstheorien in der Medizin oft eher naiv verwendet werden, hat die Psychoanalyse von Anfang an die theoretische Reflexion ihrer klinischen Erfahrungen intensiv betrieben, wobei allerdings ursprünglich stark physikalistische Modelle als Grundlage dienten. Diese theoriefreundliche Tradition wurde von der psychosomatischen Medizin übernommen und wird bis heute gepflegt.

### 1. Konversionsmodell

Dasjenige Modell, welches die Vorstellungen der psychosomatischen Medizin über lange Zeit beherrschte und bis heute eine Bedeutung für das Verständnis vieler psychosomatischer Krankheitsphänomene behalten hat, ist FREUDS Konversionsmodell (FREUD, 1894). Es war von FREUD gar nicht zum Verständnis

psychosomatischer Phänomene in unserem heutigen, umfassenden Sinne konzipiert, sondern zum Verständnis körperlicher Symptome bei den Hysterien, denen in den Jahren vor und nach der Jahrhundertwende FREUDS hauptsächliches klinisches Interesse gehörte. Diesem Modell lag die Entdeckung zugrunde, daß sexuelle Wünsche, wenn sie mit den Gewissensnormen in Konflikt geraten, verdrängt, d. h. kognitiv und emotional dem Bewußtsein nicht mehr verfügbar, und das bedeutet aber auch: nicht nur zur Zeit nicht bewußt (im deskriptiven Sinne unbewußt), sondern nicht unmittelbar bewußtseinsfähig (also im dynamischen Sinne unbewußt) sind (vgl. Kap. II.A). Unter bestimmten, später eintretenden Bedingungen, nämlich in (sexuellen) Versuchungs- und Versagungssituationen, wenn «Ich» und «Über-Ich» relativ geschwächt sind, kommt es zur «Wiederkehr des Verdrängten», aber nicht in Gestalt unverstellter Wünsche, sondern z. B. in Gestalt körperlicher Symptome (Lähmungen, Gangstörungen, Anfälle, sensorische Ausfälle usw.). Geistig-seelische Phänomene werden also in körperliche verwandelt, wofür FREUD den Begriff *Konversion* (das bedeutet Umwandlung von seelischer in körperliche Energie) verwandte und damit aber ein sowohl energetisches wie kommunikatives Konzept entwic-

kelte (FREUD, 1894). Später sprach er einmal von einem rätselhaften Sprung ins Körperliche (FREUD, 1917). Diese Symptome stellen verzerrte, unkenntliche (aber kommunizierte!) Wunschäußerungen dar, «Erinnerungssymbole» (FREUD, 1894), die interpretativ entschlüsselt werden können. Sie sind quasi eine neurotische Privatsprache bzw. Privatpantomime, originär unbewußte Erfindungen. Ihr Entstehen ist aber nicht zufällig. Zum einen bilden sie sich an Organen bzw. Organfunktionen, die sich zur Darstellung besonders gut eignen (Abasie als Darstellung des «gefallenen Mädchens», Kopf oder Arme als phallische Vertretungen), oder die vorgeschädigt oder genetisch disponiert sind («somatisches Entgegenkommen»; FREUD, 1905 b). Daß aus Gedanken bzw. seelischen Konzepten wie sexuellen Wünschen derartig bildhaftanschauliche Phänomene wie Konversionssymptome werden können, erklärt FREUD mit der gegenüber bewußten Vorgängen («Sekundärprozeß» mit vorherrschendem diskursiv-logischem Denken) andersartigen Funktionsweise im Unbewußten. Hier herrscht der *Primärprozeß* (FREUD, 1895 a), vergleichbar den Gesetzen des Traumgeschehens, das FREUD bekanntlich als «via regia» zum Unbewußten bezeichnet hatte (FREUD, 1900). Psychische Vorgänge nach dem Muster des Primärprozesses sind gekennzeichnet durch leichte Verschieblichkeit bzw. Kurzschlüssigkeit psychischer Inhalte, durch Verdichtung unterschiedlicher Inhalte, als Ersetzung diskursiver Syntax und Grammatik durch szenisch-bildlichen Ausdruck, wie wir dies aus den Traumbildern oder auch aus Fehlleistungen kennen. Konversionssymptome sind quasi ein Spezialfall von Fehlleistungen. Ihre Besonderheit ist, daß sie sowohl die abgewehrten (verdrängten) Wünsche wie auch deren Abwehr selbst zum Ausdruck bringen. Sie sind also *Kompromißbildungen* zwischen Trieb und Abwehr, oder in einer späteren Terminologie und Theorie zwischen Es und Über-Ich. Ein typisches Beispiel einer solchen Symptombildung wird in Kapitel III.A (die «Schnieferin») dargestellt.

Das Konversionsmodell hat sich als überaus fruchtbar für das Verständnis neurotischen Geschehens erwiesen. Als *prägenitale Kon-*

*version* wurde es später über den Bereich hysterischer Konstellationen und verdrängter Sexualität hinaus erweitert (FENICHEL, 1931). So nimmt es nicht wunder, daß die Vorstellungen über psychosomatische Vorgänge sich an diesem Modell orientierten und auf immer mehr Symptome angewandt wurden. Vermutlich der erste, der die Konversion theoretisch aus ihrem Zusammenhang mit Hysterie und Ödipuskomplex löste und in einen «präödipalen» Zusammenhang stellte, war F. DEUTSCH. Für ihn war die Konversion ein Erinnerungssymbol, das im Sinne eines neurotischen Konzeptes die Trennung vom symbolisierten Objekt durch dessen Internalisierung und Etablierung im Körper aufhob (DEUTSCH, 1922; 1959).

Schließlich wurden aber die Grenzen dieses Modells bei Symptomen deutlich, für die eine *symbolische Darstellung*, die für Konversionssymptome so charakteristisch ist, nicht angenommen werden konnte.

Wenn man den Asthmaanfall als «Schrei nach der Mutter» versteht, so gehorcht dieses Verständnis zwar dem Konversionsmodell. Das pathophysiologische Geschehen wird damit aber nicht erfaßt. Ein essentieller Bluthochdruck schließlich drückt sich zunächst gar nicht aus, wird nicht direkt sichtbar und erlebbar, sondern erst durch Blutdruckmessung oder Sekundärsymptome wie Kopfschmerzen oder Schwindel kenntlich.

## 2. Organneurose

F. ALEXANDER zog daraus eine für unsere zeitgenössischen Vorstellungen entscheidende Konsequenz: Er unterschied Konversions- und «vegetative» bzw. «Organneurosen». Die ersteren verstand er als (symbolischen) Ausdruck von Konflikten, die letzteren als physiologische Begleitreaktionen von unterdrückten Handlungsentwürfen samt deren emotionalem Kontext. Die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen (Organ- bzw. vegetative Neurosen im Sinne ALEXANDERS) konnte man sich nun so vorstellen: Ein Handlungsmotiv (Kampf, Flucht, Versorgung, Rückzug) kann aufgrund einer konflikt- bzw.

haltungsbedingten Blockierung nicht realisiert werden. Die unbewußte Motivation bleibt aber bestehen und setzt die «normale», zum Handlungsentwurf passende körperliche Reaktion (z. B. Aktivierung von Sympathicus bzw. Parasympathicus) in Gang (s. Abb. 1). Gerade weil die intendierte Handlung nicht ausgeführt werden kann, bleibt sie als unbewußtes Konzept bestehen und damit auch die zu ihr gehörigen physiologischen Aktivierungen. Sie werden damit dauerhaft, nämlich zu chronischen Symptomen einer unerledigten Handlung und wegen ihrer körperlichen Folgen zu einer körperlichen Krankheit. Daß es zu solchen pathophysiologischen Fixierungen kommt, wird leichter verständlich, wenn in Rechnung gestellt wird, daß die unterdrückten Handlungsentwürfe auf persönlichen Dauerdispositionen («Charakter») basieren und schon deshalb der Chronifizierung der pathophysiologischen Folgen Vorschub leisten.

Die von ALEXANDER getroffene Unterscheidung erschien nicht nur als ein theoretischer Fortschritt. Sie ist auch von großer praktischer Bedeutung: Wenn ein Symptom Ausdruck eines Konfliktes ist, dann wird es zwar nicht verstanden (FREUD, 1895 b: «Es ist ganz aussichtslos, direkt zum Kerne der pathogenen Organisation vorzudringen.»), aber es «spricht» und wird als Ausdruck bzw. als Darstellung wahrgenommen. Nicht umsonst enthalten Beschreibungen der Hysterie das Element des Theatralischen oder, gemäß einem neueren amerikanischen Sprachgebrauch, des «Histrionischen» (so im DSM-III-Kategoriensystem, nach dem «histrion», dem antiken römischen Schauspieler). Daß Konversionen einen «zweiten» Sinn enthalten, wird deshalb von Ärzten häufig perzipiert, wenngleich wegen der Gefühle, die solche persönlichen Mitteilungen machen, und wegen der Hilflosigkeit, mit der Ärzte mangels diagnostisch-therapeutischem Handlungsrepertoire diesen privatsprachlichen Symbolen gegenüberstehen, als «hysterisch» oder «psychisch überlagert» entwertet.

Die physiologischen Begleitreaktionen bleiben aber, weil sie keine symbolischen Konfliktäußerungen sind, stumm. Ihr psychisches Äquivalent ist unsichtbar und wird von den Ärzten deshalb häufig nicht wahrgenom-

men. Dies ist der wichtigste Grund dafür, daß auch heute noch ein großer Teil der Patienten nicht angemessen behandelt wird (etwa 40 bis 50 %). Psychosomatische Patienten zeigen ihre Problematik oft nicht, weil von ihr sich nur der körperliche Anteil manifestiert, und der wird von Ärzten als körperliches Leiden behandelt. Sie erscheinen als normal, genauer als «hypernormal» bzw. «pseudonormal».

Gewiß hält diese idealtypische Differenzierung vor der Realität nicht durchgehend stand. ALEXANDER hatte die Konversionsneurosen mit der quergestreiften Muskulatur verknüpft, die auch zu nichtneurotischen, willkürlichen Ausdruckshandlungen benutzt wird und deshalb eben für neurotische, unbewußte Darstellungen geeignet ist. Aber Weinen ist eine nicht nur neurotische Ausdrucksweise, die sich vegetativer Innervationen bedient, und Asthma bronchiale (glatte Bronchialmuskulatur!) hat ALEXANDER selbst als symbolischen Ausdruck interpretiert. Aber im Sinne eines heuristischen Prinzips hat die ALEXANDER'sche Differenzierung sich als fruchtbar erwiesen.

### 3. Pensée opératoire und Alexithymie

So hatten französische Forscher im Gespräch mit Patienten mit psychosomatischen Störungen Verhaltensbesonderheiten und strukturelle Merkmale diagnostiziert, die sie für charakteristisch hielten und die sie in der folgenden Weise systematisierten: Diese psychosomatisch Kranken haben eine phantasiearme, mechanistische Art zu denken (*pensée opératoire*), eine rigide, archaische Abwehr, und so mechanistisch und undifferenziert, wie sie sich selbst sehen, erleben sie auch die Menschen ihrer Umgebung (*réduplication projective*). Im Gespräch wirken diese Menschen blaß und langweilig (*carte blanche*) (FAIN, 1966).

Ein in mancher Hinsicht ähnliches Konzept stammt von einer Bostoner Arbeitsgruppe (NEMIAH u. SIFNEOS, 1970). Sie prägten den Begriff der *Alexithymie* (wörtliche Bedeutung: nicht in der Seele bzw. in den Emotionen lesen können). Sie wirken nüchtern, hölzern, langweilig, haben wenig Einblick in innere und Gefühlszusammenhänge und können Gefühlslagen nur undifferenziert erleben und beschreiben. Ihre Sprache ist dementsprechend

wenig nuancenreich, und ihre Wahrnehmung anderer Menschen auch (vgl. die *réduplication projective*)\*. Von ihren ursprünglichen Beziehungspersonen sind sie innerlich extrem abhängig, und dementsprechend müssen sie Aggressionen, die sie als sehr gefährlich für diese lebenswichtigen Beziehungen erleben, strikt meiden und stattdessen auf Harmonie bedacht sein. Ihr Risiko sind alle phantasierten, drohenden und tatsächlichen Trennungen («Objektverluste»), und in solchen Situationen bricht in typischen Fällen die Krankheit aus – die Colitis ulcerosa ist ein gutes Beispiel dafür. Nicht nur das Verhalten und Erleben dieser Menschen wurde beschrieben, sondern auch die Bedingungen ihrer ersten Lebensjahre. Betrachtet man die frühen Beziehungen von Menschen, die später zu körperlichen Krankheiten, insbesondere den sogenannten *Psychosomatosen* wie Asthma bronchiale, Ulcus pepticum, Colitis ulcerosa neigen, so findet man häufig die folgende charakteristische Konstellation, welche gut die Psychologie dieser Patienten erklärt. Oft haben diese Patienten Mütter, die aus unterschiedlichen Gründen ein unerledigtes Problem mit dem eigenen Selbstgefühl, mit der eigenen Selbstverwirklichung haben und deshalb innerlich mehr mit sich als mit den Bedürfnissen des Kindes beschäftigt sind. Sie brauchen das Kind im Übermaß für die eigene Stabilisierung und können so die eigenständige und eigengesetzliche Entwicklung des Kindes zu wenig fördern; so erklärt sich die persistierende Abhängigkeit dieser Menschen. Aus derselben Wurzel stammt auch die relative Unfähigkeit dieser Mütter, die anfangs ja sehr körpernahen Bedürfnisse der Kinder adäquat wahrzunehmen und zu beantworten. Sie schwanken zwischen Überfürsorge entsprechend ihrem eigenen Angewiesensein auf das Kind und mangelnder Fürsorge entsprechend der Unfähigkeit, das Kind als eigenständiges Wesen zu berücksichtigen. In dem Verhalten solcher Menschen ihrem eigenen Körper gegenüber wird sich dieses später widerspiegeln: Sie schwanken zwischen Hypochondrie

wie der Herzneurotiker und Verleugnung wie der zum Herzinfarkt Disponierte (vgl. v. RAD 1983; v. RAD u. ZEPF, 1991).

#### 4. Strukturelle Störungen und Komplementaritätsmodelle

Pensée opératoire und Alexithymie unterscheiden sich in ihrem Grundkonzept von F. ALEXANDERS Neurosenmodellen u. a. dadurch, daß sie von einem strukturellen Defekt ausgehen. Mit diesen Modellen vollzieht die Theoriebildung der psychosomatischen Medizin eine Entwicklung, die auch in der psychoanalytischen Neurosenlehre stattgefunden hat. Auch hier werden *strukturelle* («frühe») bzw. *Grundstörungen* von «reiferen» Neurosen unterschieden. Warum «frühe» Störungen, d. h. dyadische Konstellationen der frühesten Kindheit, in manchen Fällen die Disposition zu psychischen Störungen (narzißtische Charaktere, Borderline-Organisation), in anderen diejenige zu späteren psychosomatischen Störungen schaffen, ist bisher nur von BAHNE BAHNSON systematisch bearbeitet worden (1964, 1986). In seinem *Komplementaritätsmodell* differenziert er sowohl nach strukturellen (d. h. Regressionsbereitschaft als Folge früher Objektbeziehungsstörungen) Gesichtspunkten als auch anhand der bei den unterschiedlichen Krankheitsbildern verwandten Abwehrmechanismen (Projektion vs. sekundäre Verdrängung; s. Abb. 2, S. 54). Mit diesem Modell führt er sowohl Sigmund und Anna FREUDS wie insbesondere F. DEUTSCHS Ansätze fort.

#### 5. Spezifitätshypothese

Solche differenzierenden Modelle sind in der psychosomatischen Medizin in der Minderzahl. Die größte Bedeutung hat die sogenannte *Spezifitätshypothese* von F. ALEXANDER erlangt (ALEXANDER, 1950). Er hatte, analog zu

\*Der von den genannten Autoren beschriebene Typus ist erstmals von RUESCH (1948) als «infantile personality» beschrieben worden.

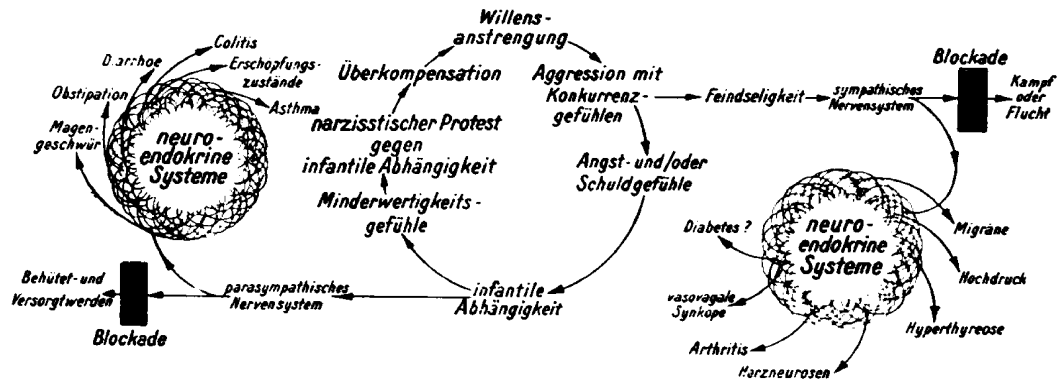


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Spezifitätsbegriffs bei der Ätiologie vegetativer Funktionsstörungen nach ALEXANDER (1971).

den sogenannten frühen bzw. strukturellen bzw. Grundstörungen angenommen, daß psychosomatische Störungen ihren Ursprung in präödiptalen dyadischen Mutter-Kind-Problematiken haben. Ähnlich wie BAHNE BAHNSON, aber nicht an den Abwehrmechanismen, sondern am physiologischen Substrat orientiert, hat er eine Dichotomie entwickelt zwischen Erkrankungen, die durch das Prävalieren des Parasympathicus und solchen, die durch den Sympathicotonus verursacht sind. In beiden Fällen handele es sich um die oben genannte physiologische Begleitreaktion bei Blockade der Handlungsimpulse von Flucht, Angriff vs. Rückzug. Die Blockade von feindseligen (Angriffs-Flucht-)Impulsen mobilisiere den Sympathicus. Die damit assoziierten Krankheiten seien Migräne, Bluthochdruck, Hyperthyreose, Herzneurose, rheumatoide Arthritis, vasovagale Synkopen und evtl. Diabetes mellitus; die unterdrückten Wünsche nach Versorgung und Behütetwerden mobilisierten den Parasympathicus, und die daraus entstehenden Krankheiten seien Magengeschwür, Obstipation, Diarrhoe, Colitis, Erschöpfungszustände und Asthma bronchiale (s. Abb. 1). Welche dieser Störungen dann entstehen, hängt entsprechend der Spezifitätshypothese von spezifischen Konfliktkonstellationen ab. Wenn-

gleich die Arbeitsgruppe um ALEXANDER diese Vorstellungen durch Blinddiagnosen glaubhaft machen konnte und auch die klinische Erfahrung die Beschreibungen von ALEXANDER bestätigt, so hat man doch die Spezifitätsdifferenzierungen in den letzten Jahrzehnten zunehmend kritisiert, und ALEXANDERS klinisch fruchtbare Thesen sind, zum Teil zu Unrecht, aus der Mode gekommen. Was geblieben ist: Kreislaufkrankheiten haben mehr mit Aggression, Intestinalstörungen eher mit Versorgungswünschen zu tun (vgl. Vorwort).

## 6. Resomatisierung und zweiphasige Abwehr

Erwähnenswert sind noch zwei weitere Modelle, in denen jeweils ein spezifischer Aspekt dominiert. Das Modell von MAX SCHUR\*\* (1955) ist ein eindimensionales Entwicklungsmodell, das sich an dem psychoanalytischen *Progressions-Regressions*begriffspaar und der Entwicklungslinie von ganzheitlichen zu symbolvermittelten, differenzierten Verhaltens- und Erlebnisweisen orientiert. Er beschreibt Reifung als progressiven Begriff im Sinne der *Desomatisierung*, d.h. weg vom ganzheitli-

\*\*Praktischer Arzt und Psychoanalytiker, der FREUDS Leibarzt war, ihm auch im Sinne aktiver Sterbehilfe half, das Leben zu beenden und über dessen Sterben ein Buch schrieb.



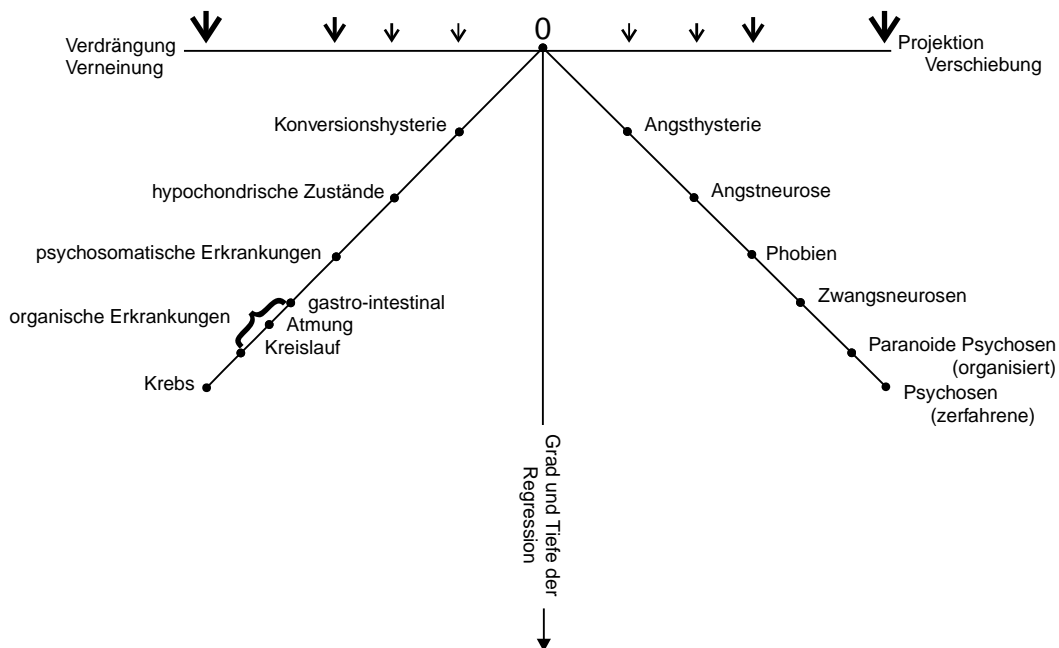


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Komplementaritätshypothese nach BAHNE BAHNSON (1986).

chen, primärprozeßhaften psychosomatischen Reagieren (der Säugling schreit, zappelt und läuft rot an, wenn er Hunger hat) in Richtung auf eine zunehmend differenzierte, symbolvermittelte Wahrnehmungs-, Erlebnis- und Verarbeitungsweise mit dem Dominieren des Sekundärprozesses und der partiellen Neutralisierung von Libido und Aggression. In kritischen Situationen, also auch den neuroseauslösenden Versuchungs- und Versagenssituationen kommt es zur *Resomatisierung*, die Schur in Begriffen regressiven, primärprozeßhaften psychosomatischen Reagierens und der Deneutralisierung von Libido und Aggression begreift und für welche die Entwicklungshemmung der Neutralisierungsfunktion des Ichs die Voraussetzung ist.

A. MITSCHERLICH hat dieses Modell dahingehend modifiziert, daß er annahm, das psychosomatische Reagieren entspreche der zweiten Phase eines Abwehrverhaltens, das zunächst in einer ersten Phase zu neurotischen Reaktionen um den Preis einer Ich-Einschränkung führt. Zu psychosomatischen Störungen komme es, wenn die Maßnahmen der ersten Phase nicht genügten (*zweiphasige Abwehr*, MITSCHERLICH, 1967).

Auch dieses Modell ist zum Unterschied von der Konzeption der *pensée opératoire* und der Alexithymie am Neurosenmodell orientiert.

SCHUR, MITSCHERLICH und BAHNE BAHNSON setzen die ältere theoretische psychosomatische Tradition F. DEUTSCHS fort, die sich von derjenigen F. ALEXANDERS und auch der französischen (*pensée opératoire*) und der Bostoner (Alexithymie) Schulen unterscheidet. Während diese den strukturellen Aspekt psychosomatisch Kranker betonen bzw. die psychosomatischen Symptome aus dem psychoanalytischen Symbolverständnis ausgrenzen, vertrat DEUTSCH (1922), anders als ALEXANDER und auch VON UEXKÜLL (1963), daß durch das vegetative Nervensystem vermittelte Symptome eher *unterdrückte symbolische Inhalte* ausdrücken, als daß sie nur physiologische Begleiterscheinungen wären. Diese Unterschiedlichkeit des Verständnisses psychosomatischer Symptome ist von großer praktischer Bedeutung, weil eine Konzeption, welche körperliche Symptome aus dem Kontext symbolischer Bedeutung ausgrenzt, Psychotherapeuten viel weniger dazu einläßt, sich interpretativ mit den Patienten auseinanderzusetzen, als wenn eine unterdrückte symbolische Bedeutung angenommen wird. Dies allerdings wird von heutigen Psychosomatikern eher kritisch gesehen.

## 7. Aktualneurose

In dieser Hinsicht hatte FREUD selbst die Weichen gestellt: Er hat bekanntlich Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts zwei im weitesten Sinne psychosomatische Modelle entwickelt (FREUD, 1895 b/c). Das eine davon, das aktualneurotische, wird heutzutage als das «eigentliche» psychosomatische Modell FREUDS betrachtet. Es unterscheidet sich vom Konversionsmodell auch darin, daß nicht frühkindliche, sondern aktuelle Anlässe wesentlich sind. Zudem hypostasiert es eine Art toxisch wirkender Substanz, was später mit der Entdeckung der Nebennierenrindenhormone bestätigt wurde. Die Konzepte der CANNON'schen Notfallreaktion und des SELYE'schen Streßmodells bis hin zu dem Konzept des psychosozialen Streß L. LEVIS und der Life-Events-Forschung, die Psychoneuroendokrinologie u. v. a. könnten sich als Nachfahren dieses alten FREUD'schen Modells betrachten. FREUD hat dies aber selbst verhindert. Er hat dieses Modell einerseits nicht für die weitere Theorieentwicklung genutzt, es andererseits aber mehrfach wieder aufgegriffen. In «Hemmung, Symptom und Angst» diskutiert er es u. a. im Zusammenhang mit RANKS Geburtstrauma, das als Modell für die Aktualneurosen dienen sollte (FREUD, 1926). Dieser Gedanke wird auch noch 1932 verfolgt. Hier aber modifiziert FREUD das alte Konzept. Er schreibt: «Daß es die Libido selbst ist, die dabei in Angst verwandelt wird, werden wir nicht mehr behaupten. Aber gegen eine zweifache Herkunft der Angst, einmal mehr als direkte Folge des traumatischen Moments, das andere Mal als Signal, daß die Wiederholung eines solchen droht, sehe ich keinen Einwand» (FREUD, 1932).

Hier wird also das Libido-Konstrukt aufgegeben, aber nicht zugunsten einer nun nach der Entdeckung der Hormone möglichen modernen psychosomatischen Theorie, sondern im Sinne der Wendung zu einer psychologischen Theorie: Die Aktualneurose ist eine *Traumatheorie*. Das traumatische Moment erzeugt einerseits *Aktualangst*, andererseits ein Engramm, dessen Mobilisierung nunmehr *Signalangst* erzeugen kann.

Das Konzept der Aktualneurosen hat ein entscheidendes Manko: In ihm spielt die Phantasie, die psychische Realität unserer unbewußten Erinnerungen, die Angstsignale erzeugen könnten, keine Rolle. Eine Wissenschaft, deren zentraler Gegenstand unbewußte Phantasien sind, konnte an einem Konzept, nach dem die psychische Struktur als Träger der Phantasie noch gar nicht existiert, vielmehr erst entstehen mag, kein Interesse gewinnen,

und so haben sich weder FREUD noch seine Nachfolger darum weiter gekümmert; es blieb so roh und unentwickelt, wie es 1895 konzipiert war. Stattdessen wurde das andere, ungefähr gleichzeitig entstandene Konversionsmodell, das sich ja ebenfalls mit körperlichen Phänomenen befaßt, ein Teil der psychoanalytischen Krankheitslehre und des theoretischen Materials, mit dem die psychosomatischen Forscher über Jahrzehnte arbeiteten, bis FRANZ ALEXANDER die Grenzen des Konversionsmodells absteckte (ALEXANDER, 1950).

Die Weichen für den Weg bis dahin waren schon 1895 gestellt. FREUD nennt hier die Angstformen der Zwangsneurose und der Angstneurose «Phobien». Er schreibt: «Der Mechanismus der Angstversetzung gilt ... für beide Arten von Phobien. Bei den Phobien der Angstneurose ist aber 1) dieser Affekt ein monotoner, stets der der Angst; 2) stammt er nicht von einer verdrängten Vorstellung her, sondern erweist sich bei der psychologischen Analyse als nicht weiter reduzierbar, wie er auch durch Psychotherapie nicht anfechtbar ist. Der Mechanismus der Substitution gilt also für die Phobien der Angstneurose nicht» (FREUD, 1894). Es ist klar, daß die theorieimmanente Logik dieses Neuroseverständnisses jedes therapeutische Interesse lähmen mußte, und das hatte beträchtliche Folgen (s. o.; SPEIDEL, 1994).

F. DEUTSCH, der in der modernen psychosomatischen Medizin sicher zu wenig rezipiert wird, hat, anders als FREUD und die meisten Psychoanalytiker, konsequent körperliche Krankheitszustände in eine psychosomatische Entwicklungslehre einbezogen, und zwar einschließlich vorgeburtlicher Erfahrungen (F. DEUTSCH, 1926). M. MEADS Deutungen kultureller Einflüsse auf (alle) Körperfunktionen ist hieraus ableitbar (vgl. SPEIDEL, 1993 a).

## 8. Streßmodelle

Alle diese Modelle sind aber aus psychoanalytischen Konzepten hervorgegangen und eignen sich als Modelle für eine psychodynamisch orientierte Psychotherapie besonders gut. Das populärste psychosomatische Modell hat seine Vorläufer in der Physiologie des 19. Jahrhunderts. CLAUDE BERNARD hatte den Begriff des *milieu intérieur* formuliert, das von der Regulierung des *milieu extérieur* abhängt (BERNARD, 1859). CANNON bezeichnet

die physiologischen Prozesse, welche die Kontinuität der Vorgänge im Körper garantieren, als *Homöostase* und versteht Krankheit als deren Störung. Wird die Homöostase beeinträchtigt, kommt es zu *Notfallreaktionen* mit unterschiedlichen physiologischen Korrelaten, je nachdem, ob es sich um Kampf- oder Fluchtreaktionen handelt. Eine zentrale Rolle in diesem Modell spielen die Emotionen, die ganzheitliche, psychologische und physiologische Antworten vermitteln (CANNON, 1923).

SELYE'S Anpassungssyndrom ist die Weiterentwicklung dieses Konzepts. Ihm verdanken wir den handlichen Begriff des *Streß*, der als Summe aller Anpassungsleistungen in einem biologischen System definiert wird. Sie werden durch unspezifische Noxen, die sogenannten *Stressoren*, ausgelöst. Sie können als intraindividuelle oder soziale Überforderungen in den Organismus eingreifen. Anders als ALEXANDER, der sich auf den vegetativen Funktionskreis Sympathicus-Parasympathicus als physiologischem Korrelat bezieht, sind SELYE'S Vorstellungen um den phylogenetisch älteren cortical-hypothalamisch-sympathischen und den phylogenetisch jüngeren cortical-hypothalamisch-hypophysären Funktionskreis zentriert. Der psycho-neuro-immunologische Funktionskreis war damals noch nicht entdeckt und konnte dementsprechend von SELYE nicht als Modell verwendet werden.

SELYE unterscheidet drei Stadien des *allgemeinen Adaptationssyndroms*:

1. Die *Alarmphase* mit Schock und Gegen-schock (ähnlich CANNON'S Notfallreaktion),
2. die *Widerstandsphase* und
3. die *Erschöpfungsphase*: Die Anforderung an die Anpassungsleistung wird überstrapaziert, und der homöostatische Regelungsmechanismus bricht zusammen (SELYE, 1950).

Die Weiterentwicklung des SELYE'schen Streßbegriffs leistete L. LEVI mit seinem Konzept des *psychosozialen Streß* (1971), der vor allem als Angst vor einer geforderten Leistung bzw. vor dem Versagen und dem damit verbundenen Verlust an (materieller) Sicherheit zu verstehen ist.

Diese Konzepte sind sowohl für die experimentelle Forschung als auch für zwei klinische bzw. epidemiologische Forschungsrichtungen leitend geworden, nämlich für die Coping-Forschung als der von LAZARUS (1966) inaugurierten Forschung über die Mechanismen der Bewältigung von Herausforderungen und die *Life-Events-Forschung*, die sich mit der krankmachenden Wirkung von Situationsveränderungen bzw. von Verlust-erlebnissen befaßt (KATSCHNIG, 1980).

In Fortführung der Coping-Forschung und anderer Konzepte entwickelte ANTONOWSKI (1979; LAMPRECHT u. JOHNNEN, 1994) sein inzwischen populär gewordenes Konzept der *Salutogenese*. Hier wird, anders als im Rahmen anderer theoretischer psychosomatischer Modelle, nicht nach krankmachenden Faktoren, sondern danach gefragt, was jemanden gesund erhält. Zentrale Annahme in diesem Sinne ist der «sense of coherence», ein Konzept, das demjenigen der «Ich-Stärke» bzw. des Identitätsgefühls verwandt ist. Es handelt sich weniger um ein neuartiges theoretisches Modell als um eine der psychosomatischen Medizin inhärente, besonders konsequent beibehaltene präventive Blickrichtung.

Eine für klinische Belange wichtige, wenn nicht gar entscheidende Ergänzung der Streßtheorie ist das *psychoanalytische Streßkonzept* von ENGEL und SCHMALE (1972). Sie haben vor allem die affektiven Zustände beschrieben, welche der Exacerbation einer körperlichen Krankheit vorausgehen. Es sind die Zustände von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit (giving up/given up). Ihnen entsprechen zwei unterschiedliche strukturelle Verfassungen. Während im Zustand der Hilflosigkeit noch ein unterstützendes Subjekt phantasiert wird, ist dies im Zustand der Hoffnungslosigkeit verloren gegangen. Die letztere Situation tritt nach ENGEL und SCHMALE besonders dann auf, wenn die Umgebung auf den Hilferuf der Patienten nicht antwortet.

Von einer Kollegin, welche in eine andere Stadt verzog, hatte ich einen Asthma-Patienten übernommen, einerseits aus Gründen der Kollegialität, andererseits weil zu der Zeit Psychotherapien mit Asthmatikern zu meinen Hauptinteressen gehörten. In den ersten beiden Sitzungen bekam ich kaum Kontakt zu dem Pa-

tienten. Ich fühlte mich ratlos, unglücklich, fragte mich, warum die Kollegin überhaupt mit ihm gearbeitet hatte; jedenfalls wußte ich mit ihm nicht viel anzufangen, fand ihn unergiebig und langweilig und hatte hinsichtlich der weiteren Arbeit pessimistische Erwartungen. Zur dritten Sitzung kam er nicht. Stattdessen rief mich ein Arzt unserer Intensivstation an: Der Patient sei dort als Notfall eingewiesen worden; er habe keinen Status asthmaticus, aber er atme nicht richtig, obwohl es dafür keinen Grund gebe. Er, der Arzt, wisse gar nicht, was er machen solle. Wir waren beide Zeugen eines «given up» geworden. Der Patient starb kurz darauf in der Intensivstation. Er hatte, was wir sonst von alten Menschen kennen, offenbar seinen Tod verfügt, vermutlich, weil er von seinem zentralen Übertragungsobjekt verlassen worden war. Aber vielleicht wäre er zu retten gewesen, wenn die beiden mit ihm befaßten Psychotherapeuten rechtzeitig verstanden hätten, seinen Zustand in Begriffen des ENGEL-SCHMALE'schen Konzeptes zu interpretieren. Es ist ein Beleg dafür, wie wichtig theoretische Konzepte für die klinische Praxis sein können (vgl. Kap. III.F).

## 9. Situationskreismodell und Trieblehre

Kein psychosomatisches Modell, ja nicht einmal ein Krankheitsmodell ist das *Situationskreismodell* TH. VON UEXKÜLLS, das aber in diesem Sinne oft mißverstanden wird. Es entstammt der Ethologie J. VON UEXKÜLLS (dort als Funktionskreis ein Erklärungsmodell für den Wirklichkeitsaufbau bei Tieren). Seine Bedeutung auch für die psychosomatische Medizin erhält es einerseits als interaktives Modell für die Arzt-Patienten-Beziehung, also der beziehungsorientierten Medizin im Sinne BALINTS, die ja das Paradigma für eine psychosomatisch orientierte Medizin ist, andererseits dadurch, daß es ein semiotisches System abbildet. Von hier aus gewinnt es Anschluß an das Verständnis molekularbiologischer und genetischer Vorgänge als zeichenhafter (Biosemiotik).

Umgekehrt werden die *psychoanalytische Entwicklungslehre* und das *Triebkonstrukt* der Psychoanalyse zu wenig als psychosomatische Modelle sensu strictu gewürdigt. Die klassische psychoanalytische Entwicklungslehre (oral-anal-urethral-phallisch) orientiert sich bekanntlich an Organ- und Funktionssy-

stem sowie deren reifungs- und phasenspezifischen Erkrankungsrisiken (FREUD, 1905). Das Interesse für die letzteren bezieht sich in der Psychoanalyse allerdings überwiegend auf psychische Störungen. Das Triebkonstrukt wurde von FREUD ausdrücklich als psychosomatisches Phänomen verstanden (FREUD, 1915). Von den vier Triebaspekten (Quelle, Drang, Ziel und Objekt) ist der erste als somatischer konzipiert.

## 10. Reflexmodell

Ungefähr um dieselbe Zeit wie FREUDS psychosomatische Modelle entstand ein anderes wichtiges Modell, das als psychosomatisches Krankheitsmodell lange Zeit deshalb nicht recht gewürdigt wurde, weil es zu reduktionistisch reflexphysiologisch konzipiert war, nämlich das in den berühmten Hundeversuchen begründete Konzept des *bedingten Reflexes* und der *Konditionierung* PAWLOWS (PAWLOW, 1927). Wie nahe PAWLOW einer psychosomatischen Theorie war, zeigt sich in dem späteren PAWLOW'schen Hinweis auf die imaginäre Welt des Hundes (zit. n. VON UEXKÜLL u. WESIACK, 1988). Pawlow ist der Urahn der verhaltenstherapeutisch, d.h. vor allem lerntheoretisch orientierten psychosomatischen Krankheitskonzepte. Sie waren durch den reflexologischen Reduktionismus lange in der Anwendung auf psychosomatische klinische Probleme behindert und gewannen in dem Maße an klinischer Bedeutung, als sie sich aus dem PAWLOWianischen Laborparadigma wegentwickelten und sich mehr psychodynamischen Konzepten annäherten. Verhaltenstherapeutische Zugänge zu psychosomatischen Erkrankungen sind aber ebenso wenig wie in der psychoanalytischen Psychosomatik an einem einheitlichen Modell orientiert, sondern nutzen unterschiedliche Modelle unter dem Primat eines psychophysischen Parallelismus, vorausgesetzt, sie sind experimentell bzw. «empirisch» begründet und meiden Konzepte unbewußter Phantasien, wie sie für die überwiegende Zahl psychosomatischer Krankheitsmodelle typisch sind.

## 11. Biosemiotik und Psychoneuroimmunologie

Keines dieser Modelle bildet die Wirklichkeit der psychosomatischen Krankheiten vollständig ab. Die größere oder geringere Kliniknähe, die jeweils zeitbedingte Vorstellung und der Erkenntnisstand der Medizin spiegeln sich in ihnen (zur Kritik an der Theoriebildung vgl. ZEPF, 1986).

So hat sich das Konversionsmodell als nicht für alle psychosomatischen Zusammenhänge geeignet erwiesen, das Desomatisierungs-Resomatisierungsmodell hat wenig klinische Relevanz, das Alexithymiekonzept ist zu einseitig der Vorstellung von einer Defektkonstitution verpflichtet, und das Streß-Modell ist zu allgemein formuliert. Wir haben auch zur Kenntnis nehmen müssen, daß nicht alle Symptombildungen, die wir den sogenannten psychosomatischen Erkrankungen zurechneten, einen erkennbaren psychischen Hintergrund haben. Andererseits haben viele Erkrankungen, die als «rein somatisch» gelten, in unterschiedlichem Umfang größere psychische Anteile. Als Beispiele seien die Abhängigkeit des Heilungsprozesses nach Unfällen oder die Rehabilitation nach schweren Erkrankungen von psychischen Faktoren erwähnt.

Zukünftige Modelle werden die Psychoneuroimmunologie und die neuesten molekularbiologischen Befunde mit einbeziehen müssen. Sie werden die Bedeutung der rasch wachsenden Erkenntnisse über Botenstoffe, Feedback-Mechanismen, rhythmische Vorgänge und deren Bifurkationen, über die Integration von Informationen in komplexen Systemen und Subsystemen (WEINER, 1991) berücksichtigen müssen, und derzeit scheint es, als sei von der Ebene der Molekulargenetik bis zu derjenigen sozialer Systeme der semiotische bzw. Informationsaspekt das integrierende Verständnisprinzip einer zukünftigen psychosomatischen Medizin. Analog zur Entwicklung in der Physik, die sich nicht nur mit Kräften und Massen, sondern mit Feldern beschäftigt, läßt sich die Funktionsweise des Organismus in Begriffen des Informationsaustausches auf allen Organismusebenen verste-

hen und der Organismus als ein Kommunikationssystem, das mit Hilfe von kodierten Signalen auf allen Ebenen in komplexen Zusammenhängen auch mit der Umgebung steht (WEINER u. MAYER, 1990). Körperliche, seelische und soziale Prozesse lassen sich in Begriffen einer Zeichenlehre verstehen, deren Anwendung auf psychosomatische Bereiche als *Biosemiotik* (s.o.) bezeichnet wird. Die Zeichenlehre, deren Begründer C.S. PEIRCE ist, kann so zum theoretischen Konzept werden, das zu einem einheitlichen Verständnis biopsychosozialer Vorgänge in Gesundheit und Krankheit führt (WEINER u. MAYER, 1990; v. UEXKÜLL, 1991). So scheint sich in biosemiotischen Begriffen die monistische Vision FREUDS doch noch zu realisieren, der bekanntlich glaubte, eines Tages ließen sich die psychologischen Begriffe in biologische zurückführen, entsprechend Sir HENRY COHENS dictum: «The ultimate goal of science is a universal monism» (COHEN, 1952).

Das Feld, auf dem sich die empirische Forschung in den letzten Jahren vor allem erprobt, ist die *Psychoneuroimmunologie*. Galt noch in den siebziger Jahren das Immunsystem als ein autonom funktionierendes System, so wurden seither vielfältige Zusammenhänge mit nervalen, hormonalen, psychischen und sozialen Vorgängen belegt. Das neue Verständnis des immunologischen Systems als Organ der Selbst-Nicht-Selbst-Diskriminierung ist nicht nur das Vehikel für die Etablierung einer Biosemiotik als Modell moderner psychosomatischer Theoriebildung. Die frappante Analogie zur psychoanalytischen Definition des Selbst zeigt auch auf, daß die Biosemiotik als allgemeine Theorie eine Brückenfunktion zwischen molekular- bzw. zellularbiologischer und psychoanalytischer Forschung bilden kann. Die letztere hat in jüngster Zeit, angeregt durch die experimentelle entwicklungspsychologische und Affektforschung neue Impulse im Hinblick auf psychosomatische Theoriebildung entwickelt, die vielversprechend sind (BÖHME-BLOEM, 1994). In diesem Sinne ist auch ZEPFS, auf LORENZERS Theorie der Interaktionsformen basierende psychosomatische Theoriebildung mit dem Konzept der Interaktionsengramme von Bedeutung (ZEPF, 1986).

## 12. Diagnosesysteme

In der klinischen Realität der letzten Jahre spielt eine ganz andere Kategorie von Modellen eine Rolle. Die Weltgesundheitsorganisation und die US-amerikanische Psychiatrische Gesellschaft haben in dem Interesse, eine Vergleichbarkeit der Befunde und Diagnosen herzustellen, Kategoriensysteme erarbeitet, die als DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 1980) bzw. ICD (International Classification of Diseases) weit- hin Verbindlichkeit erlangt haben. Erklär- termaßen sollte dadurch eine theoriefreie Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit herge- stellt werden. Dieses Ziel wurde aber verfehlt, weil Theoriefreiheit eine Illusion ist. So wur- den die genannten Systeme zu theoretischen Systemen biologischer Psychiatrie und damit weitgehend unbrauchbar für differenziertere psychosomatisch-psychotherapeutische Fra- gestellungen. Die Weiterentwicklung (ICD- 10; DILLING et al., 1991) bewirkte zwar Ver- besserungen, aber weil der Ansatz der Theoriefreiheit verfehlt war, konnten auch die Korrekturversuche nicht befriedigen.

Weil diese Systematisierung aber nicht aus der Welt zu schaffen, vielmehr zu nutzen ist, versuchte eine Gruppe von psychosomatisch und psychotherapeutisch tätigen Forschern unter der Leitung von S. O. HOFFMANN, diffe- renziertere Kategorisierungen (OPD = Opera- tionalisierte Psychodynamische Diagnostik) einzuführen, mit der systematischen Berück- sichtigung der Beziehungen, der Konflikte, der Persönlichkeitsstruktur und des Krankheitser- lebens (OPD-Arbeitskreis, 1996).

Damit scheint ein passabler Kompromiß möglich, psychoanalytische Gesichtspunkte auf dem Niveau neuerer Forschung in die Sys- tematik internationaler diagnostischer Kate- gorienbildung einzuführen. Auch wenn diese die wissenschaftliche Phantasie einschrän- ken mögen, so umfaßt die Erweiterung der diagnostischen Systematik doch einen wei- ten Bereich der neueren psychoanalytischen Erkenntnisse und ermöglicht es, Krankheits- zustände differenziert zu benennen.

## 13. Ausblick

Nachdem für jeweils längere Jahre mit dem ALEXANDER'schen, später dem Alexithymie- konzept haltbare Plateaus psychosomatischer Konzeptbildung erreicht schienen, ist diese in jüngster Zeit wieder in Fluß geraten. Es läßt sich vermuten, daß in der nächsten Zukunft übergreifende, «monistische», biosemioti- sche Konzeptionen die größte konzeptbilden- de Attraktivität haben werden. Daneben sind aber Konzeptionen für die unterschiedlichen systemischen Ebenen zu entwickeln und zu würdigen.

Zuletzt bleibt die Frage offen, was Psycho- somatische Medizin\*\*\* ist. Dabei kann es sich für die Zwecke einer «Praktischen Psy- chosomatik» am wenigsten um die metaphy- sische Frage der Leib-Seele-Dualität han- deln. Auch der klassische Interessensbereich der sogenannten Psychosomatosen entspricht nicht mehr der Reichweite der Psychosoma- tischen Medizin. Soweit Krankheitsbilder definiert werden können, handelt es sich viel- mehr um die somato-psychosomatischen Störungen im Sinne GEORGE ENGELS, um die funktionellen Psychosomatosen (z. B. Anore- xia nervosa und Herztodhypochoondrie) und um körperlich Kranke, deren Krankheit ih- nen psychosoziale Probleme stellt bzw. die sie in vorbestehende neurotische Konstella- tionen einbauen. Schließlich ist Psychosoma- tische Medizin im weitesten und modernsten Sinne die ärztliche Einstellung der gleich- rangigen Beachtung psychischer und so- matischer Aspekte von Krankheit. Diesem modernen Konzept entspricht die Dreigliede- rung der ärztlich-psychosomatischen Fort- und Weiterbildung in «Psychosomatische Grundversorgung», die Zusatzbezeichnun- gen «Psychotherapie» und «Psychoanalyse» sowie die Fachärzte «Psychotherapeutische Medizin» und «Psychiatrie und Psychothera- pie».

Der Begriff «psychosomatisch» wurde erstmals 1818 von HEINROTH verwendet.

## Literatur

- ALEXANDER F: Psychosomatic Medicine. Norton, New York 1950. Dt.: Psychosomatische Medizin. 2. Aufl., Walter de Gruyter, Berlin 1971
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Quick reference to the diagnostic criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed., APA, Washington 1980
- ANTONOWSKI A: Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco 1979
- BAHNE BAHNSON C: Das Krebsproblem in psychosomatischer Sicht. In VON UEXKÜLL Th: Psychosomatische Medizin. 3. Aufl., S. 889, Urban & Schwarzenberg, München 1986
- BAHNE BAHNSON C, BAHNE BAHNSON MB: Cancer as an alternative to psychosis: A theoretical model of somatic and psychological regression. In KISSEN DM, LESHAN LL (eds) Psychosomatic aspects of neoplastic disease, S. 184, Pitman, London 1964
- BERNARD C: Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme. Baillière, Paris 1859
- BÖHME-BLOEM Ch: Psychoanalyse und Körpererleben. In STRAUSS B, MEYER AE (Hrsg.) Psychoanalytische Psychosomatik, S. 215, Schattauer, Stuttgart 1994
- CANNON WB: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Appleton, New York 1923
- COHEN H: Monism. Philosophy 21, 1, 1952
- DEUTSCH F (ed): On the mysterious leap from the mind to the body. Int Univ Press, New York 1959
- DEUTSCH F: Die Bedeutung psychoanalytischer Kenntnisse für die Innere Medizin. Mitt Ges Inn Med Kinderhk 21, 1, 1922
- DILLING H, MOMBOUR W, SCHMIDT MH (Hrsg.): ICD 10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern 1991
- ENGEL GL, SCHMALE AH: Conservation-withdrawal: A primary process for organismic homeostasis. Ciba Foundation Symposium: Phys., emotion and psychosomatic illness, 57–85, London 1972
- FAIN M: Régression et psychosomatique. Rev Franc Psych 30, 451–456, 1966
- FENICHEL O: Hysterie und Zwangsneurose. Wiss Buchges, Darmstadt 1967
- FREUD S: Die Abwehr-Neuropsychosen (1894). GW I, 2. Aufl., S. 57, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1964
- FREUD S: Entwurf einer Psychologie (1895 a). GW Nachtragsband, S. 373, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1987
- FREUD S: Studien über Hysterie (1895 b). GW I, 2. Aufl., S. 75, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1964
- FREUD S: Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als «Angstneurose» abzutrennen (1895 c). GW I, 2. Aufl., S. 313, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1964
- FREUD S: Die Traumdeutung (1900). GW II/III, 4. Aufl., S. Fischer, Frankfurt a. M. 1968
- FREUD S: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905 a). GW V, 4. Aufl., S. 27, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1968
- FREUD S: Bruchstück einer Hysterie-Analyse (1905 b). GW V, 4. Aufl., S. 161, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1968
- FREUD S: Trieb und Triebchicksale (1915). GW X, 5. Aufl., S. 209, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1969
- FREUD S: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916/17). GW XI, 5. Aufl., S. Fischer, Frankfurt a. M. 1969
- FREUD S: Hemmung, Symptom und Angst (1926). GW XIV, S. 111, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1955
- FREUD S: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1932). GW XV, 3. Aufl., S. Fischer, Frankfurt a. M. 1961
- KATSCHNIG H: Sozialer Streß und psychische Erkrankung. Urban & Schwarzenberg, München 1980
- LAMPRECHT F, JOHNEN R (Hrsg.): Salutogenese. VAS-Verlag für Akademische Schriften 1994
- LAZARUS RS: Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill, New York 1966
- LEVI L: Society, stress and disease I: The psychosocial environment and psychosomatic diseases. Oxford Univ Press, Oxford 1971
- MITSCHERLICH A: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin II. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1967
- NEMIAH JC, SIFNEOS PE: Affect and phantasy in patients with medicine II, S. 26, Butterworths, London 1970
- OPD-Arbeitskreis: Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik. Huber, Bern 1996
- PAWLOW JP: Conditioned reflexes. Oxford Univ Press, London 1927
- VON RAD M: Alexithymie – empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker. Springer, Heidelberg 1983
- VON RAD M, ZEPF S: Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptom- und Strukturbildung. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 4. Aufl., S. 75, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- RUESCH J: The infantile personality. Psychosom Med 10, 134–144, 1948
- SCHUR M: Comments on the metapsychology of somatization. The Psychoanalytic Study of the Child 10, 119–164, 1955
- SELYE H: The Physiology and Pathology of Exposure of Stress. Acta Med Publ, Montreal 1950
- SPEIDEL H: Freuds Symbolbegriff. Psyche 31, 689–711, 1977

- SPEIDEL H: Kulturelle Einflüsse auf Krankheiten. In ANDRESEN B, STARK FM, GROSS J (Hrsg.) Psychiatrie und Zivilisation, S. 129, Ed Human Psychol, Köln 1993
- SPEIDEL H: Psychosomatik – Stiefkind der Psychoanalyse? In STRAUSS B, MEYER AE (Hrsg.) Psychoanalytische Psychosomatik, S. 3, Schattauer, Stuttgart 1994
- VON UEXKÜLL Th: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt, Reinbek 1963
- VON UEXKÜLL Th: Psychosomatik als Suche nach dem verlorenen lebenden Körper. Psychother Med Psychol 41, 482–488, 1991
- VON UEXKÜLL Th, WESIAK W: Theorie der Humanmedizin. Urban & Schwarzenberg, München 1988
- WEINER H: Der Organismus als leib-seelische Funktionseinheit – Folgerungen für eine psychosomatische Medizin. Psychother Med Psychol 41, 465–481, 1991
- WEINER H, MAYER E: Der Organismus in Gesundheit und Krankheit. Psychother Med Psychol 40, 81–101, 1990
- ZEPF S (Hrsg.): Tatort Körper – Spurensicherung. Springer, Heidelberg 1986



# A. Der erste Arzt-Patient-Kontakt: Ärztliches Gespräch

HUBERT SPEIDEL

## 1. Einleitung

Ärzte haben schon immer mit ihren Patienten gesprochen. Die Anamnese ist ein wichtiger Bestandteil ärztlichen Diagnostizierens. Mehr als 80 Prozent der Diagnosen können von erfahrenen Ärzten anamnestisch gestellt werden, wenn sie dieses Instrument des ärztlichen Sprechens mit dem Patienten beherrschen. Selbst in der sogenannten nonverbalen Psychotherapie oder Körpertherapie bestehen etwa 4/5 der Zeit aus Gesprächen. Die Bedeutung des Gespräches zwischen Arzt und Patient ist allerdings unterschiedlich: Bei einem Unfallopfer muß es durch andere Mittel ersetzt werden, vor allem durch physikalische und durch chemische Informationsmittel. Hier ist die Sprachlosigkeit aber oft ein folgenreiches Hemmnis, so, wenn das Unfallopfer spürt, aber wegen der Verletzung nicht aussprechen kann, daß nicht nur der Kopf verletzt ist, um den sich die Unfallärzte intensiv und erfolgreich bemüht haben, sondern auch der Arm, z. B. wegen eines Lagerungsfehlers. Ärzte, die es traditionell mit überwiegend sprachlosen Patienten zu tun haben, wie Anästhesisten und Zahnärzte, könnten lernen, daß sich mit Sprechen, z. B. über Angst, ihre Therapie verbessern, die Angst reduzieren (TRÄGER, 1982), Medikamente einsparen (SEEFELDT, 1991) und Mißerfolge vermeiden lassen. Während aber die technische Entwick-

lung ungeheuer vorangetrieben worden ist und z. B. Unfallopfer, die vor 20 Jahren nicht überlebt hätten oder verstümmelt geblieben wären, inzwischen oft in kaum glaublicher Weise wiederhergestellt werden können, ist auf die Entwicklung eines Kommunikationssystems – das es etwa einem Verletzten, dessen gebrochener Kiefer geschient werden muß, erlauben würde, auf seinen verletzten Arm aufmerksam zu machen – vergleichsweise wenig Interesse verschwendet worden. Wenn wir einen Patienten mit Magenbeschwerden explorieren, so forschen wir zwar nach nächtlichem Nüchternschmerz, um die Differentialdiagnose im Hinblick auf ein Ulcus duodeni voranzutreiben, aber wir fragen nicht nach den nächtlichen Partnerbeziehungen im Hinblick auf Nähe und Zärtlichkeit vs. Distanz und Feindseligkeit, und wenn der Leser nun versucht, in dem einschlägigen Kapitel dieses Buches nach entsprechenden Hinweisen zu suchen, so wird er nichts finden; eine solche Forschung gibt es nicht, obwohl sie vermutlich fündig würde.

## 2. Definitionen und Geschichte

Die obigen Beispiele zeigen, daß in mancher Hinsicht eine «sprachlose» Medizin diagnostisch und therapeutisch ihre Ziele verfehlt und daß der Forschungsstand streckenweise

mangelhaft ist. Sie zeigen auch, daß ärztliches Gespräch vielerlei bedeuten kann. Im folgenden soll aber dieser Terminus in dem durchaus eingeschränkten Sinne gebraucht werden, wonach es sich um eine Haltung des Arztes handelt, der auf der Basis psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierter *bipersonaler Theorie*, welche die Betrachtung des ganzen Menschen einschließt, eine Technik entwickelt, die psychosozialen Aspekte nicht wie in der medizinischen Anamnese systematisch zu verstellen, sondern zu erhellen. Das ärztliche Gespräch im heute gebräuchlichen Sinne stammt aus der Anwendung der Psychoanalyse auf klinische Probleme.

Historisch gesehen gehen die Bemühungen um die Technik einer psychologisch bzw. psychoanalytisch orientierten ärztlichen Gesprächsform wohl auf die Diskussion in der Wiener psychoanalytischen Gesellschaft im Jahre 1921 zurück, als FREUD in einer Diskussion über ein Manuskript «Psychoanalyse und Organkrankheiten» weitere Forschungen als wichtig anregte. Diese Anregungen wurden vor allem von FELIX DEUTSCH aufgegriffen und als klinisches Interview bzw. assoziative Exploration fortentwickelt (DEUTSCH u. MURPHY, 1965; vgl. Kap. III.F). In Deutschland und der Schweiz bemühten sich vor allem SCHULTZ-HENKE (Gezielte Anamnese, 1951), DÜHRSEN (Biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt, 1981), A. MITSCHERLICH (Systematische Krankengeschichte, 1967), MEERWEIN (Ärztliches Gespräch, 1974), ARGELANDER (Erstinterview, 1970), QUINT (Tiefenpsychologische Untersuchung, 1977) und ADLER und HEMMELER (Anamnese, 1989) um eine für die tiefenpsychologische Dimension von Krankheit geeignete Dialogform, in den USA KERNBERG (Strukturelles Interview, 1981).

Die Intentionen dieser Versuche sind ähnlich, setzen aber unterschiedliche Akzente (Biographie, Struktur, Situation in der ärztlichen Praxis, bio-psycho-soziales Modell). Den größten Einfluß auf heutige Vorstellungen über die ärztlichen, tiefenpsychologisch orientierten Dialoge übte wohl BALINT (Das diagnostische bzw. das Erstinterview, 1961; 1988) aus, der besonders konsequent und über die Reichweite des Übertragungs-Gegenübertragungsbegriffes hinaus auf der Basis der Objektpsychologie den bipersonalen Ansatz betonte (vgl. SPEIDEL, 1992). Die Bezeichnungen sind unterschiedlich. Wir folgen hier dem Terminus von MEERWEIN (Das ärztliche Gespräch, 1974), auch um die mehr auf allgemeine ärzt-

liche Belange ausgerichtete Variante zu betonen. Insofern unterscheidet sich das Folgende in mancher Hinsicht von der Technik von Erstgesprächen, die der Psychoanalytiker in seiner psychotherapeutischen Praxis führt und die vorrangig um die Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung zentriert ist (vgl. ARGELANDER, 1970; ECKSTAEDT, 1991). Natürlich unterscheidet sich die für den Arzt in einer nicht psychotherapeutischen Praxis geeignete Gesprächsform auch von anderen spezialistischen psychotherapeutischen Gesprächsformen wie der nondirektiven Gesprächstherapie (vgl. BIERMANN-RATHJEN et al., 1995) und DAUDERT (s. Kap. III.G) oder den ganz an der Symptom- bzw. Verhaltensanalyse orientierten verhaltenstherapeutischen Techniken (vgl. KÜNSEBECK, Kap. III.E). Immer aber gilt, was M. BALINT so formulierte: «Es ist keine Übertreibung zu sagen, daß dieses diagnostische Verfahren tatsächlich ein fast ebenso ernstzunehmender Eingriff ist wie eine chirurgische Operation. Wie eine chirurgische Operation sollte er zur richtigen Zeit, vom richtigen Mann und in der richtigen Weise unternommen werden» (BALINT 1955, zit. n. NEDELMANN u. FERSTL, 1989, S. 105).

### 3. Epidemiologie

Die Erlernung einer solchen Haltung und Technik erscheint schon anhand des derzeitigen Standes der epidemiologischen Forschung für jeden Arzt unerlässlich. So haben die Mannheimer Kohortenstudien (SCHEPANK, 1987) gezeigt, daß ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung, würden die Betroffenen den Arzt aufsuchen, von diesem als psychosoziale «Fälle» diagnostiziert würden. Der Anteil der Patienten in ärztlichen Praxen, bei denen psychosoziale Probleme dominieren, wird zwischen 10 und über 80 Prozent, im Durchschnitt um 30 Prozent geschätzt, in Kliniken um 40 Prozent, in internistischen Kliniken um 50 Prozent (vgl. KÖHLE u. JORASCHKY, 1990). Der Bedarf an ärztlicher Gesprächstechnik in dem oben genannten Sinn ist also bereits auf der Basis grober statistischer Schätzungen groß. Die Fähigkeit der Ärzte, diesem An-

spruch Rechnung zu tragen, ist jedoch häufig bescheiden.

#### 4. Äußerer Rahmen

Die zu Beginn genannten Beispiele zeigen, daß ärztliche Gespräche unter verschiedenen Bedingungen unterschiedlich gut gelingen können und Unterschiedliches bedeuten müssen. Das Gemeinsame ist ein zureichendes Angebot, das es dem Patienten ermöglicht, sich als Person zur Sprache zu bringen. «Der wichtigste Aspekt ... ist es, die angebotenen Beschwerden als Symptome der gesamten Lebensgeschichte des Patienten bestimmen zu können» (BALINT, 1957, zit. n. NEDELMANN u. FERSTL, 1989). Der Arzt, der im Dreibettzimmer auf dem Bettrand des Patienten sitzt, wird aber anders mit dem Patienten und über anderes reden als der Arzt, der in seinem Sprechzimmer unter vier Augen mit dem Patienten spricht. Es ist in diesem Zusammenhang interessant zu beobachten, wie auch moderne Kliniken gebaut werden; schon aus der Architektur geht hervor, daß die meisten Kliniken auf eine sprachlose Medizin hin konzipiert sind: In der Regel gibt es immer viel zu wenig räumliche Gelegenheiten für den Arzt, sich mit seinem Patienten zu einem Gespräch unter vier Augen zurückzuziehen. So verhindert oft schon die Architektur einen angemessenen Umgang mit den Patienten.

Der schmutzige, nachlässige Unterarmverband einer Studentin, unter dem ein Entzündungsherd sichtbar ist, wird den Chirurgen, den Psychiater, den Psychotherapeuten zu unterschiedlichen Verhaltensweisen veranlassen. Den einen wird vorrangig der Zustand einer möglichen Wunde, den zweiten die Frage nach einem frustrierten Suizidversuch, den dritten die Wunde gar nicht oder im Sinne allgemeinen menschlichen Interesses beschäftigen. Alle drei sollten aber die Überlegung anstellen, warum eine Studentin, die vermutlich nicht obdachlos ist, also in der Lage wäre, vor dem Besuch des Arztes oder auch schon aus selbstverständlicher Selbstfürsorge einen sauberen, ordentlichen Verband anzulegen, dies veräumt haben könnte.

Die Haltung jedes Arztes im Sinne der Befähigung zum ärztlichen Gespräch sollte ihm aber ermöglichen, sich zu überlegen, daß es sich bei einer Person, die mutmaßlich hinrei-

chend komfortablen Verhältnissen entstammt, möglicherweise um ein unbewußtes, sprachloses, aber überaus «sprechendes» Hilfe-suchangebot handeln könnte, dem vorrangig (Psychotherapeut, Psychiater) oder nebenläufig (Chirurg) nachzugehen wäre.

Dieses Beispiel ist dem – unterschiedlichen – ambulanten Rahmen zuzuordnen und würde so in einer chirurgischen Station nicht vorkommen, weil dem Patienten hier die Fürsorge für wesentliche Aspekte seiner Person, insbesondere natürlich für seine Wunden, von vornherein genommen wird. Wir bezeichnen diese Umstände auch als Infantilisierung, und vielleicht wäre unsere oben genannte Patientin unter diesen Bedingungen zufrieden und bedürfte keiner solcher Signale. Es könnte aber sein, daß der hektische Betrieb einer personell unterbesetzten Station die Versorgungswünsche der Patientin unberücksichtigt ließe. Dann würde sie vielleicht wiederholt nach der Schwester klingeln. Der Arzt in der Klinik hat den Vorteil, daß er die Gefühlsreaktionen von Schwestern und anderen Beteiligten und deren Informationen, mit anderen Worten die Folgen anderer Interaktionen wahrnehmen und nutzen kann, der Allgemeinarzt kennt dagegen in der Regel besser die natürlichen (familiären) Beziehungen. Der niedergelassene Spezialist hat in der Regel alle diese Informationsquellen nicht zur Verfügung und muß sich auf die Interaktionen mit dem Patienten in der Praxis beziehen und beschränken. Der äußere Rahmen bestimmt also, was zwischen den beteiligten Akteuren – Ärzten, Schwestern, Patient – vorkommt. Der Arzt hat diesen Rahmen in Rechnung zu stellen und in seine Überlegung einzubeziehen, daß jeder Rahmen, und zwar auf unterschiedliche Weise, vorgibt, welches Ausmaß, welcher Inhalt und welche Ausdrucksmittel bevorzugt ermöglicht sind und welche nicht.

#### 5. Der Meisterdetektiv – Dr. BELL, SHERLOCK HOLMES, FREUD

Das Beispiel der oben genannten Patientin, die uns noch beschäftigen wird, ist in dem geschilderten ersten Ausschnitt nach dem Prin-

zip der Detektivgeschichten gestrickt. Genaue Beobachtungen und Berücksichtigung auch kleiner Details sowie die Fähigkeit, diese zu einem hypothetischen Gesamtbild zu verbinden, sind bei unterschiedlichen Intentionen und Gegenständen dem Arzt und dem Detektiv gemeinsam.

Nicht umsonst ist das historische Vorbild des größten aller Detektive, SHERLOCK HOLMES, ein Arzt, Dr. BELL aus Edinburgh, bei dem Sir ARTHUR CONAN DOYLE, selbst Arzt, einst fürs ärztliche Leben wie für die literarische Produktion gelernt hatte. Auch FREUDS Krankengeschichten sind – hierin SHERLOCK HOLMES ebenbürtig – Meisterwerke detektivischer Beobachtungen und Analysen (GINZBURG, 1981; SEBEOK u. UMIKER-SEBEOK, 1982).

Kriminalität und Neurose sind Lebensbewältigungsversuche, denen bei aller Unterschiedlichkeit gemeinsam ist, daß sie verborgen bleiben sollen und sich der Entdeckung widersetzen. Beide verraten sich dem kundigen Blick aber durch unbeabsichtigte – unbewußte – Zeichen.

Im Falle unserer Studentin teilte der Verband Hilfsbedürftigkeit mit, die in ihrer Rede verborgen war. Sie beklagte sich nämlich heftig über die übertriebene Fürsorge von seiten ihrer Mutter. Während der häufigen Telefonate sage die Mutter: «Du trinkst und rauchst zu viel.» Sie schilderte also das relativ gewöhnliche spätadoleszente Problem einer gegenüber der – womöglich einsamen und bedürftigen – Mutter um die altersgemäße Autonomie ringenden jungen Frau. Erst die detektivische Suche förderte den verborgenen, unbewußten anderen Teil dieser Abhängigkeitsbeziehung zutage: Wenn sie die Mutter anruft, weil angeblich sonst ohnehin diese bei ihr anrufen würde, pflegt die Patientin sich eine Zigarette anzuzünden und eine Bierflasche zu öffnen. Beides kann die Mutter natürlich hören. Ohne diese Details könnten wir einen entscheidenden Zusammenhang dieses Falles nicht per Informationsbeleg verstehen, sondern allenfalls erraten, falls wir über eine zureichende Theorie hierzu verfügen. Erst die detektivische Nachfrage nach den Details der Umstände «überführte» die Patientin ihrer eigenen, ihr bis dahin gänzlich unbewußten Abhängigkeitswünsche.

## 6. Anamnese und ärztliches Gespräch

Damit Gespräche zwischen Arzt und Patient zu solchen Ergebnissen führen können, müs-

sen unterschiedliche Voraussetzungen auf verschiedenen theoretischen, technischen, interaktionellen Ebenen hergestellt sein.

Das *ärztliche Gespräch* in dem hier benutzten Sinne ist eine spezifische Beziehung, die nicht nur der Datensammlung des einen über den anderen Gesprächspartner im Dienste der Identifizierung einer körperlichen Krankheit und ihrer nosologischen Einordnung dient, sondern der mehrdimensionalen Persönlichkeitsdiagnostik mit dem Ziel, die Krankheit nach Entstehungsbegründung, Zeitpunkt des Beginnes, Bedeutung im Lebenszusammenhang und Verlaufsbedingungen zu untersuchen, jeweils im Kontext einer zu entdeckenden Biographie und den aus dieser Biographie resultierenden Möglichkeiten, Lebenssituationen zu bestehen und Probleme zu lösen.

Die *ärztliche Anamnese* hat andere Voraussetzungen, eine andere Theorie, eine andere Beziehungsform und andere Resultate. Sie hat deswegen einen anderen Erwartungshorizont. Pointiert gesagt ist sie eine Methode, die geeignet ist, die Voraussetzung für eine organopathologisch orientierte Diagnostik zu schaffen, gleichzeitig aber die Voraussetzung für eine personorientierte Diagnostik systematisch zu verstellen. Ob man – um ein Beispiel von M. BALINT zu benutzen – bei einem Studenten eine therapieresistente Cheilitis proliferativa diagnostiziert oder die Diagnose stellt: der junge Mann, der nicht küssen kann (BALINT, 1965), es muß jeweils im Einzelfall und unter pragmatischen Gesichtspunkten entschieden werden, welche Diagnose warum und wann die sinnvollere ist.

M. und E. BALINT (1961) haben die beiden Arten von Gesprächen nach ihrem Interesse, der in ihnen stattfindenden Beziehungsform, ihrem Ablauf und ihrem Krankheitsverständnis unterschieden (vgl. ADLER u. HEMMELER, 1992): Während das Interesse der Anamnese sich auf den körperlichen Krankheitsverlauf, die Symptome, die Behandlungsmaßnahmen, die Arbeitsökonomie und – den Beteiligten unbewußt – auf den Schutz vor den emotionalen Ansprüchen des Patienten zentriert, ist dasjenige des ärztlichen Gespräches auf die Biographie, die Lebenssituation, den situativen Anlaß und die Bedeutung des *Krankheits-*

*angebotes*, als das die geschilderte Symptomatik vor allem verstanden wird, gerichtet. Bei der Anamnesenerhebung ist der Arzt der aktive Partner. Er strukturiert das Gespräch, während der Patient passiv bleibt und auf die Fragen des Arztes antwortet. Im ärztlichen Gespräch versucht der Arzt vor allem, dem Patienten zu eigener Gesprächsaktivität und -initiative zu verhelfen. Er bestimmt viel stärker den Verlauf des Gespräches, während der Arzt eher bemüht ist, möglichst wenig selbst das Gespräch zu strukturieren.

Diese differentiellen Charakterisierungen basieren auf einem unterschiedlichen *Krankheitskonzept*, nämlich dem naturwissenschaftlich-organpathologisch orientierten unserer medizinischen Tradition und dem interaktionell und person-orientierten psychoanalytischer Provenienz. Dementsprechend liegt nach M. und E. BALINT der Anamnese ein Verständnis zugrunde, das Krankheit als eine Art Unfall, die Symptome als Anzeichen einer Betriebsstörung und den Patienten als physikalisch-chemische Apparatur versteht, welcher der Arzt wie ein Ingenieur gegenübertritt. Die bewußte Haltung des Arztes ist rational orientiert, und dementsprechend sind die Gefühle des Patienten nicht von krankheitsrelevanter Bedeutung, diejenigen des Arztes gar eine unzulässige Störquelle. Das psychoanalytische Verständnis, das dem ärztlichen Gespräch zugrundeliegt, faßt die Krankheit als Integrationsstörung von Körperfunktionen auf, für die vor allem lebensgeschichtliche und persönlichkeitsbestimmte Faktoren und eine Störung zwischen der Person und ihrer Umgebung verantwortlich sind. Die Beziehung oszilliert zwischen der Identifikation des Arztes mit dem Patienten zum besseren Verständnis der inneren Verfassung des Patienten einerseits, der diagnostizierenden, rationalen Distanzierung andererseits. Die Gefühle des Patienten spielen eine zentrale Rolle, aber ebenso auch die gefühlsmäßige Resonanz des Arztes. Was die Haltung des Arztes im ärztlichen Gespräch betrifft, so hat M. BALINT sie an anderer Stelle und scheinbar einfach so formuliert: «Der Arzt muß zuhören und darf nur die richtigen Fragen stellen, aber nicht zu viele» (BALINT, 1965, zit. n. NEDELMANN u. FERSTL, 1989).

## 7. Inszenierung der Gesprächssituation – Übertragung, Gegenübertragung und die bipersonale Medizin

Ein entscheidender Unterschied zwischen den beiden geschilderten ärztlichen Weltanschauungen und den daraus erwachsenden Haltungen und Einstellungen des Arztes ist die Kategorie der *Beziehung* als einer diagnostisch und therapeutisch relevanten Dimension des Umganges zwischen Arzt und Patient. Hier endet die Analogie von Detektiv und psychotherapeutisch orientiertem Arzt. Das Verhältnis des Beobachters zu seinem Beobachtungsobjekt ist partiell zugunsten eines Verständnisses der Beziehung zwischen zwei Subjekten mit unterschiedlichen Rollen, Erwartungen und Zugangsweisen zu verlassen. V. v. WEIZSÄCKER hat das unter dem Begriff des «Umgangs» so beschrieben (zit. n. PETZOLD u. REINDELL, 1980): «Der Patient steht dem Arzt nicht als Gegenstand der Erkenntnis gegenüber, sondern er steht in einer Beziehung als Subjekt zu einem anderen Subjekt. Diese Beziehung wird durch eine Bewegung eröffnet, und diese Bewegung geht vom Patienten aus. Der Patient läßt den Arzt kommen oder geht zu ihm hin. Er benennt den Grund der Begegnung, indem er auf das Kranksein hinweist. Mit diesen Aktionen ist er im Umgang derjenige, der dem Arzt etwas gibt. Er hat etwas zu sagen, und der Arzt muß zuhören. Der Patient gibt dem Arzt Informationen, die dieser annimmt, in seinen Erfahrungsbereich einordnet, um erst in einem weiteren Akt dem Patienten seinerseits etwas zu geben. Dieses Geben und Nehmen ist ein einheitlicher Akt.» Damit wird illustriert, was M. BALINT als die (vollzogene) Wende von der Ein- zur *Zweipersonenmedizin* bezeichnet hat. Was damit gemeint ist, enthält die Beschreibung von v. WEIZSÄCKER aber nur unvollkommen. Der Patient, wie er den Arzt aufsucht, ist ein Kosmos einer Geschichte, unterschiedlicher Identifikationen, daraus erwachsener Verhaltensmuster und Beziehungsangebote, welche letztere wegen der Art der Beziehung vor allem Symptome im Sinne von «Krankheitsangeboten» darstellen. Der

Patient kommt zwar in eine personell, verhaltensmäßig und gegenständlich weitgehend festgelegte Umgebung, wenn er seinen Arzt aufsucht, aber er gestaltet sie auch, und zwar um so mehr, je weniger der Arzt (s.o.) die Situation strukturiert.

Die schon mehrfach erwähnte Studentin kam zwar zu mir (und nicht zu einem Allgemeinarzt), weil sie unter einer bei Studenten aus naheliegenden Gründen typischen Arbeitsstörung im Studium litt, aber für den Gesprächsbeginn, dessen Verlauf und meine eigene Reaktion auf sie war etwas ganz anderes prägend, und die Arbeitsstörung spielte im weiteren nur eine beiläufige Rolle. Sie hielt mir nämlich ihren linken Arm und den beschriebenen schmutzigen, lockeren Verband entgegen, und prompt fragte ich sie, bevor sie meiner Einladung, Platz zu nehmen, folgen konnte, was sie denn mit ihrem Arm gemacht habe.

Aufgrund der oben genannten, vorweggenommenen Kenntnis läßt sich also sagen, daß die Patientin, anstatt zu sagen, sie habe zwar eine Arbeitsstörung, aber im Grunde gehe es um eine mutuelle Abhängigkeits- und Versorgungsbeziehung zwischen ihr und der Mutter, ohne Umschweife, aber unbewußt diese Beziehung mit mir als unwissendem Mitspieler inszenierte. Über solche Fähigkeiten verfügen Patienten in unterschiedlichem Maße, aber wenn wir es zulassen – und im ärztlichen Gespräch soll dies ja unter kontrollierten Bedingungen beabsichtigt zugelassen sein –, geschieht dies im Prinzip immer; unsere Aufgabe als ärztlicher Gesprächspartner ist es, möglichst rasch und genau die wesentlichen Elemente dieser Szene wahrzunehmen und im Kontext einer zureichenden Theorie zu verstehen. Dies ist nicht möglich ohne das Verständnis des eigenen Inszenierungs- und Gefühlsanteiles des Arztes, der in die Szene notwendig einbezogen ist – dramatis personae sunt duo. Gerade die Beobachtung der eigenen Gefühlsreaktionen, d. h. der sogenannten Gegenübertragungsgefühle, ist in diesen Inszenierungen von zentraler diagnostischer Bedeutung.

Da ich meinen Patienten gewöhnlich die Gelegenheit gebe, sich niederzulassen, bevor ich sie etwas frage, und meine erste Frage lediglich lautet, was den Patienten zu mir führe, um ihnen im oben genannten Sinne durch die Offenheit der Frage die Gelegenheit zur Strukturierung der Situation zu geben, verstand

ich unmittelbar, daß ich von dieser Patientin in eine inhaltlich noch unverstandene Szene verwickelt worden war. Daß sie mit mir etwas gemacht hatte, hatte ich ihr, von mir selbst und gewiß auch von der Patientin unbemerkt, mitgeteilt: Ich hatte sie ja nicht gefragt, was ihr widerfahren sei, sondern was sie «gemacht» habe. Der nächste Akt des Dramas bestand darin, daß die Patientin mir zwar ihr Einstandssymptom, die Arbeitsstörung, erläuterte, währenddessen aber mit dem Zeigefinger der rechten Hand über den entzündlich geröteten Rand am linken Handgelenk strich, mir also averbal eine andere Geschichte, quasi im Sinne einer Pantomime, schilderte. Zwar irritierte mich dies, denn bekanntlich soll man Entzündungen nicht mechanisch reizen, aber anstatt dies als Pantomime zwischen überfürsorglicher Mutter (rechter Zeigefinger) und hilfeschuchender Tochter (linkes Handgelenk) zu verstehen, war ich dabei, wieder wie zu Beginn zum szenischen Partner zu werden, indem ich sie fürsorglich fragen wollte, ob sie wegen des Armes schon ärztlichen Rat gesucht habe. Rechtzeitig, nämlich in diesem Moment, beklagte sie sich über die überfürsorgliche Mutter (s.o.), und ebenso plötzlich verstand ich die Szenerie und die Natur meines eigenen Involviertseins.

Diese in der ärztlichen Sprechstunde möglichen plötzlichen «Erleuchtungen» sind eine Art von «Gesamtkunstwerk» aus szenisch-averbalem und verbalem Angebot der Patienten, antwortenden Gefühlsreaktionen, identifikatorischen Elementen, interpretatorischen Reflexionen des Arztes sowie deren theoretischer Voraussetzungen. BALINT nannte die im günstigen Fall blitzartig aufleuchtenden Erkenntnisse über diese Szenen «Flash». Sie sind im ärztlichen Gespräch eine große Chance, rasch Wesentliches über eine bestehende Konfliktstruktur zu erfahren und daraus ein diagnostisches und therapeutisches Konzept abzuleiten. Die Voraussetzung dafür ist die beschriebene komplexe Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung, die das ärztliche Gespräch von der medizinischen Anamneseerhebung unterscheidet. Letztere hätte in der oben genannten Szene zu der Frage nach dem Zustand und der Versorgungsvorgeschichte einer Wunde sowie einer darauf gerichteten Antwort geführt. Das ärztliche Gespräch kann dieses Element mitenthalten; im Falle einer Konsultation im Rahmen einer chirurgischen oder Allgemeinpraxis müßte es dies sogar, aber das ärztliche Gespräch enthält, wie die beschriebene Szene zeigt, mehr und läßt es an dieser Stelle nicht ratsam schei-

nen, die für die Anamneseerhebung selbstverständliche Frage zu stellen. Hier kam es vielmehr darauf an, die symbolisch vertretende Funktion der Wunde für eine kritische Beziehung zu verstehen, die sich auf drei Ebenen gleichzeitig abspielt: auf der verbalen Ebene (Mutter ist überfürsorglich), auf der gestischen (Finger-/Handgelenkspantomime) und auf der situativen Beziehungsebene (Einbeziehung des Arztes in einer der Mutter-Tochter-Beziehung analogen Szene). Voraussetzung dafür ist eine Theorie, die mindestens die Kenntnis unbewußter Prozesse, die Fähigkeit von Patienten zur *Reinszenierung neurotischer Beziehungen in der Arzt-Patienten-Beziehung*, die Wahrnehmung von Patientenverhalten verbaler, averbal-gestischer und szenischer Art sowie die Berücksichtigung von *Übertragungs-Gegenübertragungsprozessen* zwischen Arzt und Patienten enthalten muß. Die Erkenntnis über den *zentralen Beziehungskonflikt* kommt zustande, wenn diese unterschiedlichen Ebenen, welche unterschiedliche Aspekte der Problematik auf unterschiedliche Weise darstellen, (plötzlich) zusammen gesehen und deshalb verstanden werden können.

## 8. Gesprächsanfang – der «naive» Patient

Derartige signifikante Informationen über den zentralen, aber (noch) nicht direkt und in Worten mitteilbaren, weil unbewußten Problembereich geschehen oft schon in den ersten verbalen und gestischen Äußerungen des Patienten. Er hat ja ein Anliegen an den Arzt – ein bewußtes, benennbares (im Falle der Studentin die Arbeitsstörung) und ein unbewußtes (im Falle der Studentin der Wunsch, mit dem Arzt dieselbe ambivalente, aber vertraute Versorgungsbeziehung wie zur Mutter herzustellen). Das offizielle Anliegen nennen wir *Symptom*, weil wir an seine Beziehung zu einem noch zu erkennenden Krankheitsgeschehen denken, aber es ist natürlich gleichzeitig das erste *Beziehungsangebot*, das der Patient schon deswegen häufig als Störung einer (körperlichen) Funktion an-

bietet, weil er hierfür beim Arzt am ehesten Interesse, Kenntnis und unambivalente Zuwendung erwartet. Das unbewußte Problem- und Beziehungsangebot äußert sich oft in der Art und Weise der Formulierung, für die sich in dem noch unstrukturierten Feld des Gesprächsbeginns eine besonders gute Chance der Entfaltung individueller Varianten bietet. Der Patient ist genötigt, das noch Unbekannte um so mehr mit der Projektion eigener Darstellungsformen zu füllen, die etwas über ihn mitteilen, falls wir es verstehen, und zwar umso eher, je offener diese Anfangssituation gestaltet ist. In der üblichen ärztlichen Praxis wird diese Möglichkeit oft aus zwei Gründen verschenkt: Der Arzt kennt oder nutzt nicht genug seine «detektivischen» Möglichkeiten, weil er die dafür nötige Theorie und Wahrnehmungsweise nicht kennt oder aus Gründen konkurrierender theoretischer Konzepte und der Arbeitsökonomie (s.o.) nicht gebraucht. Dies ist aber folgenreich, weil die zunächst noch «unorganisierte» (BALINT) Störung durch ärztliche Maßnahmen «organisiert», festgelegt und für den psychotherapeutischen Umgang schwerer zugänglich werden kann. Ist die Diagnose «Depression» z. B. erst festgelegt und das Antidepressivum verordnet, dann sind die Weichen oft auf Jahre und oft falsch gestellt.

Im Falle unserer Studentin handelte es sich um unterschiedliche Arten von Mitteilungen auf verschiedenen «Kanälen»: Mit Worten teilte sie etwas über den Hergang der Armverletzung und über ihre Arbeitsstörung mit, mit Gesten (s.o.) etwas über ihren Beziehungskonflikt, der seinerseits die wesentliche Hintergrundinformation – der zureichende Grund – für die mitgeteilten Symptome sein könnte.

In anderen Fällen enthält die individuelle *Wortwahl* die hinweisende Konnotation.

Eine Patientin begann das Gespräch mit den Worten: «Ich bin eine Schniefferin.» Sie hätte auch sagen können: Ich habe seit längerem dauernd ein Fremdkörper- oder Verstopfungsgefühl in Nase und Rachen und muß deshalb die Luft durch die Nase ziehen und schlucken. Dies wäre eine neutrale Beschreibung einer Funktionsstörung der oberen Atem- und Verdauungswege gewesen. Mit ihrer Formulierung hatte sie aber auf dem kürzesten Wege mitgeteilt, daß die Symptomatik mit ihr als Person eng verknüpft ist, ja daß jene zentrale Aspekte ihrer Persönlichkeit repräsentiert («Ich bin eine ...»). Sie leitete das Gespräch mit

Prägnanz und Nachdruck von vorn herein auf das Terrain, das im weiteren rahmengebend blieb, nämlich ihre Tätigkeit als Hotelbesitzerin. In dem Eröffnungssatz kann man natürlich auch noch eine Konnotation der Selbstentwertung entdecken und eine Ankündigung von Schuldgefühlen vermuten. Jedenfalls waren dies meine spontanen Gefühls- und Gedankenreaktionen auf ihre ungewöhnliche Formulierung hin. Sie werden durch die nächstfolgenden Äußerungen verifiziert, die sich darauf bezogen, daß ihr Symptom gerade in Ausübung ihres Berufes und des damit verbundenen intensiven Umgangs mit den Restaurant- und Hotelgästen lästig, störend und unüberhörbar sind. Als Konflikt stellte sich heraus: Durch Umstände, die hier nicht näher erörtert werden sollen, hatte sie das Glück sehr schätzen gelernt, ein Hotel zu erben, und ihre ganze Lebensenergie mit Erfolg darauf verwendet. Entbehrungen einer harten Kindheit waren zu ihrer zweiten Natur geworden, soweit es den Verzicht auf Verwöhnung (Ferien, Erholung) betraf. Derartige Bedürfnisse hatte sie zurückgestellt, aber mit zunehmendem Alter und abnehmender Vitalität hatten sich diese sozusagen mit ihrem (Konversions-) Symptom hinter ihrem Rücken durchgesetzt, wie sie mit der scheinbar beiläufigen Bemerkung verriet: «Andere Menschen würden ja jammern, wenn sie einen Schnupfen (!) oder Rückenschmerzen hätten.» Sie sagte damit, daß sie nicht jammern darf, und die weitere Detektivarbeit förderte zutage, warum nicht: Ihr erheblich älterer Mann möchte sich zur Ruhe setzen, wovor sie sich aber fürchtet, weil sie sich ihrer Arbeit so verpflichtet fühlt und vom Rückzug nur eine Depression erwartete. Würde sie aber jammern wie «andere», die einen Schnupfen haben, so wäre das Wasser auf die Mühlen ihres Mannes. Stattdessen entwickelt sie ein schnupfenähnliches Symptom als Symbol ihres Wunsches, ungestraft krank sein zu dürfen, verwöhnungsbedürftig und mit Genuß und Erfolg jammernd.

## 9. Gesprächsklima

Derartige Entdeckungen, die eine Gemeinschaftsleistung mit unterschiedlicher Rollenverteilung sind, gelingen nur, wenn sich eine hinreichend vertrauensvolle Beziehung herstellen läßt. Der Patient muß sich wohlwollend empfangen und eingeladen fühlen, über sich zu sprechen. Er muß das Gefühl haben können, daß der Gesprächspartner aufmerksam ist, ihm ganz und ungeteilt zugewandt und geduldig. Öfter eintreffende Telefonate, gar mit längeren Wortwechseln, die Sprechstundenhilfe, die Befunde hereinbringt und dergleichen *Störfaktoren* können den Erfolg

des Gespräches verhindern. Sind dies Beispiele für mangelnde Hinwendung und Exklusivität, so kann andererseits das, was mehrfach als detektivische Funktion benannt wurde, von den Patienten als verfolgend und entlarvend erlebt werden. Es geht ja um die – gemeinsame! – Entdeckung von geheimen (unbewußten) und vor dem eigenem Gewissen und dem – vermeintlichen – Urteil der Umgebung geheimzuhaltenden Strategien der Lebensbewältigung, deren Entdeckung, weil scham- und schuldbeladen, oft um den Preis der Entwicklung von Symptomen vermieden worden ist, oder um Persönlichkeitsanteile, die inkompatibel sind, oder um unentwickelte archaische Persönlichkeitsanteile, die vor der Bewußtheit der Erwachsenenwelt geschützt werden müssen, um kränkungsgefährdete Persönlichkeitsanteile u. a. m. So liegt für den Patienten von vornherein eine unbewußte Verwechslung des Arztes mit dem Staatsanwalt nahe, und wenn sich bei jenem eine negative Gegenübertragung entwickelt, gewinnt die Verfolgungsphantasie sogar gewisse Realitätsaspekte. Entgegen dem offiziellen Vertrag gibt es also eine zwiespältige Haltung dem Arzt und dessen unbekannten Wertungen gegenüber; Leidensdruck – Vertrauen – Hoffnung auf Hilfe steht gegen Gewohnheit – Vertrautheit – *Leidensgewinn* (*primär* durch das Symptom, *sekundär* durch die sozialen Folgen). Je nach Überwiegen der einen oder anderen Seite ist der Patient motiviert oder nicht, aber oft entscheidet sich das im ersten Gespräch, und die Haltung des Arztes ist dann das Zünglein an der Waage. Die Herstellung des Klimas eines gemeinsamen Forschungsinteresses ist die entscheidende Hilfe gegen das unbewußte Mißtrauen des Patienten. Dafür kann der Arzt oft viel tun: indem er dem Angebot des Patienten folgt, durch klärende Kommentare, weiterführende (nicht unterbrechende!) Fragen, nach Zeitpunkt und Tiefe angemessene Interpretationen. Er muß dem Patienten vermitteln, daß er dessen Gedankenstrom folgt und zu jeder Gesprächsentwicklung engen Kontakt hält. Äußerungen des Verständnisses (nicht im konventionellen Trivialsinn des Mitleids bzw. der klischeehaften Anteilnahme, sondern des Mitvollzuges des inneren Zusam-



menhanges), auch im Sinne von Interpretationen, soweit sie zum jeweiligen Zeitpunkt für den Patienten akzeptabel sind, Bemühung um Klärung einer noch unverstandenen Situation durch Fragen oder Vorschläge können der Herstellung eines konstruktiven Gesprächsklimas dienen. Das oben genannten Oszillieren zwischen Identifikation mit dem Patienten und dem diagnostisch-kritischen Zurücktreten aus der vom Patienten entwickelten Szenerie ist der Kernpunkt einer für das Gesprächsklima günstigen Haltung des Arztes.

In der Gesprächssituation mit der Hoteliere entwickelte sich die entscheidende Wende zum gemeinsamen Verständnis des Sinnes ihrer Symptomatik in der folgenden Sequenz: Ich hatte mit Interesse und ohne Zeitbegrenzung dem Zentrum ihres Lebens, der Hotelleitung, Aufmerksamkeit geschenkt und dann formuliert, wie ich mir ihre Schwierigkeiten vorstelle. Sie schien sich sehr verstanden zu fühlen, denn ihre Augen strahlten und sie lobte mich für meine Kompetenz in Sachen Hotellerie. Dann lieferte sie bestätigendes Material, u.a. den oben genannten «beiläufigen» Satz, der eine indirekte, aber prägnante Preisgabe ihrer eigenen Bedürftigkeit war. Sie konnte das – unbewußt – leisten, weil ich ihr bewiesen hatte, daß ich Verbündeter ihrer Wünsche und nicht derjenige ihres strengen Gewissens («Staatsanwalt») war. Meine Detektivrolle war in ein Entdeckungsbündnis gemündet, und es war nun kein Problem, ihre Bemerkung, «andere würden jammern», interpretativ auf sie zurückzuwenden. Von einem Verbündeten kann man so etwas annehmen, von einem Staatsanwalt nicht.

## 10. Gesprächsende

Ziel und Ende eines ärztlichen Gesprächs hängen natürlich von den Umständen (dem äußeren Rahmen) ab. Der Allgemeinarzt oder der Spezialist, der eine chronische Krankheit behandelt, wird eher mit einer Kontinuität der Beziehung, der Klinikarzt mit einer kurzfristigen Kontinuität, der zur Diagnostik mit herangezogene niedergelassene Spezialist eher mit einer kurzfristigen oder einmaligen Beziehung rechnen. Daran müssen sich die Inhalte und Gesprächsziele vor allem orientieren. Zu einem optimalen und vollständigen Gesprächsende gehören das Resümee des bis dahin gemeinsam erlangten Verständnisses über die Zusammenhänge, die Benennung offener Fragen, die Anregung für den Patienten, eige-

nes Forschungsinteresse zu entwickeln und ein pragmatischer Vorschlag, sei es als Überweisungsempfehlung, als Problemlösungsvorschlag, als Bekräftigung der gemeinsamen Erkenntnisse im Sinne entscheidender Hilfe für die Bewältigung der kritischen Lebenssituation oder als Einladung, selbst über ein weiteres Gespräch bei Bedarf nachzudenken.

Im Falle meiner Studentin war die Erkenntnis des eigenen Anteils an der Mutter-Tochter-«Kollusion» (WILLI, 1975) der entscheidende Gewinn, wie wir gemeinsam am Schluß feststellen konnten. Da ich mir aber über die Reichweite dieses Zugewinns bzw. der subdepressiven Verfassung nicht im klaren war, bestellte ich sie nach einer Woche wieder ein, mit der Aussicht, gemeinsam über eine Psychotherapie nachzudenken. Es erschien eine in Mimik und Kleidung völlig veränderte, strahlende junge Frau, die mir versicherte, die Arbeitsstörung sei verschwunden und sie bedürfe meiner nicht mehr.

Mit der Hoteliere einigte ich mich darauf, daß das Schiefen angesichts einer Situation, die sie teils nicht ändern wollte, teils nicht konnte, gegenüber einer Depression nach Aufgabe des Hotels noch der geringere Preis wäre, daß er zu tragen sei, daß es sein könne, daß die Erkenntnis über die Zusammenhänge das Symptom zum Verschwinden bringe, daß die Frage nach verändernden Lebensentscheidungen nach Veränderung der Umstände neu zu stellen sei, und daß sie dann eingeladen sei, wiederzukommen.

## 11. Einbeziehung der Familie

Am häufigsten erscheint ein Patient allein in der Praxis, aber wir tun gut daran, ihn nicht als Monade zu sehen, sondern zu versuchen, seine «verinnerlichten» Beziehungen (Introjekte, Imagines, Identifikationen) zu verstehen und uns über seine realen, signifikanten Lebenspartner genaue Vorstellungen zu machen. Unter dieser Voraussetzung ist es in den meisten Fällen vernünftig und sinnvoll, den (anwesenden) Patienten als unseren Patienten zu betrachten, auch deshalb, weil der Arzt mit dieser Situation besser zurechtkommt, als wenn er das Paar oder die Familie als den eigentlichen Patienten betrachten und behandeln würde. Es ist auch die für den durchschnittlichen Patienten angemessene Form des Umgangs, weil wir ihm eine eigene Struktur mit gesunden Anteilen und der Fähigkeit zu einer gewissen Autonomie zu-

trauen können und, soweit als möglich, auch zutrauen sollten, denn dies ist per se ein therapeutisch und prognostisch relevantes Element der Arzt-Patienten-Beziehung. Bei Kindern mit einer noch nicht hinreichend entwickelten Struktur und realer sozialer Abhängigkeit, bei dekompenzierten Psychotikern, bei schwer körperlich Kranken werden Familienmitglieder aber in der Regel in die Behandlung real einbezogen werden müssen, als Mitleidende, als für die Unterstützung unentbehrliche Akteure (vgl. Kap. III.F), aber eventuell auch als Teil eines kranken Familiensystems, in dem der deklarierte Patient (der Index-Patient) lediglich per unbewußter *Delegation* zur Patientenfunktion auserkoren ist (vgl. Kap. III.D). In diesem Fall ist die geeignete Form der Einbeziehung der Familie bzw. einzelner Familienangehöriger schon deshalb zu erwägen, weil die Familie sonst als Störfaktor intervenieren könnte. In älteren deutschen Psychiatrie-Lehrbüchern findet man oft die Empfehlung, Angehörige für eine «objektive» Anamnese heranzuziehen. Dies ist natürlich ein Mißverständnis, weil Angehörige ihre eigene Subjektivität ins Spiel bringen und die Objektivität der Mitteilungen eine Illusion ist, die sowohl den Mangel einer zureichenden Theorie wie auch die kollektive Gegenübertragung signalisiert, in der die Wahrheit des Patienten gegenüber derjenigen der Angehörigen minderachtet wird.

Ein typisches Beispiel für den Anteil der Familie ist das Krankheitsbild der Anorexia nervosa, bei der die Patientin von der besorgten Familie in der Regel dringend zur Behandlung angeboten, diese dann aber scheinbar paradox von den Eltern nicht selten abgebrochen wird. Dieses Paradox löst sich auf, wenn in Rechnung gestellt wird, daß die Familie insgesamt problematisch, die Anorexia ein Symptom der Familienproblematik ist und die Patientin als Sorgenkind dringend benötigt wird (vgl. Kap. IV.D). Aus dieser unbewußten neurotischen Perspektive ist die Therapie der eigentliche Störfaktor, obwohl sie bewußt dringend gewünscht wird. Wenn ein Angehöriger mit in die Praxis kommt und im Wartezimmer sitzt, so sollten wir dies als ein wichtiges Signal betrachten, das zwar

nicht darüber entscheiden kann, ob wir nur mit dem Patienten oder lieber gleich mit beiden sprechen, aber oft ist der wartende Angehörige das szenische Angebot, die Beziehung als die eigentliche Problematik zu betrachten.

Meine Studentin war durch ihren Onkel, einen Arzt, telefonisch angekündigt und überwiesen worden. Da mir bekannt war, daß jener kein Freund von Psychosomatik und Psychotherapie ist, verwunderte es mich, aber ich nahm an, daß seine Haltung mit dem Gefühl der Verantwortlichkeit für die Familie des Bruders zu erklären sei. Die Familie der Patientin war nämlich von einer Katastrophe betroffen: Der Bruder hatte sich suizidiert. So war die Sorge des Onkels um die Patientin, die er als depressiv ankündigte, verständlich. Der Leser erinnert sich, daß es in dem Gespräch mit der Patientin um die Mutter gegangen war. Der Vater tauchte hier wie später nie auf; er wurde lediglich vom Onkel als vorhanden erwähnt. Der tote Bruder spielt aber, obwohl nicht thematisiert, vermutlich eine wichtige Rolle: Sein Schicksal erklärt vielleicht die Überfürsorge der Mutter wie das Verhalten der Tochter, die ihr Überleben durch laufende Telefonate bei der Mutter bestätigt. Aber vielleicht war die Erklärung der Patientin, ihre Armverletzung stamme von einem Stoß an eine Möbelkante, falsch, und es handelte sich in Wirklichkeit um einen Suicidversuch? Dem Onkel war gewiß der tote Bruder der Patientin ein handlungsleitender Faktor. Aber er selbst trat viel später als ein Störfaktor in Erscheinung: Nach eineinhalb Jahren avisierte er die Nichte erneut, und sie erhielt auch prompt einen Gesprächstermin. Der Onkel ließ mir ausrichten, er möchte vor diesem Gespräch mit mir sprechen. Nun ist dies durchaus problematisch, denn ein erwachsener Patient muß für sich selbst entscheiden, worüber und mit wem geredet wird, und Gespräche in Abwesenheit des Patienten mit Angehörigen sollten streng auf wohlbegründete Fälle begrenzt bleiben. Im Falle der Studentin war noch zusätzlich zu bedenken, daß es ja um die Überwindung einer Abhängigkeitsbeziehung gegangen war. Andererseits war im oben genannten Sinne der Onkel als möglicher Störfaktor zu erwägen, und weil Ärzte erfahrungsgemäß oft ihre Rollen als Angehörige und als Ärzte nicht genügend unterscheiden können, sind sie – als Angehörige – oft besonders «gefährlich». So auch im Falle der Studentin: Nach wechselseitigen vergeblichen Telefonversuchen meldete der Onkel die Patientin wieder ab. Er schien ungehalten darüber, daß ich ihn nicht angerufen hatte. «Objektiv» gab es dafür keine Veranlassung, und in ärztlichen Kategorien ist es sogar ein Kunstfehler, in eine erfolgreiche therapeutische Beziehung ohne Not einzugreifen, aber gewiß ist, das zeigen die Umstände der Anmeldung an, daß das Abhängigkeitsthema inzwischen nicht historisch geworden war, und in einem zweiten Gespräch hätte es auch darum gehen müssen.

## 12. Kritische Situationen

Jedes ärztliche Gespräch ist eine abenteuerliche Reise in unbekannte Regionen mit nicht kalkulierbaren Erlebnissen und Zielen. Der Arzt muß sich auf das Unkalkulierbare einlassen, sonst bleiben die Erlebnisse aus und die Ziele werden verfehlt. Manche Situationen sind aber häufig und ebenso kritisch wie typisch.

So beginnt der Patient oft seinen vorgefertigten Bericht und gerät dann ins *Stocken*. Er mag nun die Erwartung haben, daß die Rolle des Arztes die eines Fragenden sei, oder glauben, sein Bericht sei erschöpfend gewesen. Die heuristisch fruchtbare ärztliche Hypothese ist hier aber die Annahme, daß es sich um einen *Widerstand* gegen das Auftauchen un- und verbewußter Inhalte, Gefühle und Probleme handelt. Häufig wird man sich darauf verlassen können, daß dem Patienten bald etwas einfallen wird, und zu rasches Eingreifen kann dem Patienten auch vermitteln, Schweigen sei nicht erlaubt, der Arzt habe einen Leistungsanspruch an ihn oder halte selbst das Schweigen nicht aus. Aber in der Regel sollte das *Schweigen* nicht zu lange dauern, weil der therapeutisch unerfahrene Patient sonst zu viel *Angst* entwickelt (Bestrafungsangst, Verfolgungsangst, Trennungs- und Verlassenheitsangst). Der Herstellung eines konstruktiven Gesprächsklimas sind solche Entwicklungen abträglich. Im beginnenden Gespräch empfiehlt sich dann eine Frage nach weiteren Details zum Verständnis; besonders günstig ist es, wenn ein Detail, das der Patient schon erwähnt hat und das für den Zusammenhang informationsträchtig erscheint, aufgegriffen wird. Der Patient versteht dann, daß seine Äußerungen wichtig genug sind und wichtig genommen werden, und die Art des aufgegriffenen Inhaltes kann auch für die weitere Richtung bestimmend sein. Es handelt sich also um einen wichtigen und richtig zu wählenden Eingriff. Im späteren Verlauf lohnt es sich, auf die Inhalte zurückzublicken und zu betrachten, welche relevanten Lebensbereiche und signifikanten Personen nicht vorgekommen sind. Auf derartige *Lücken* aufmerksam zu machen, ist oft sehr fruchtbar und dem Patienten selbst eindrucklich. Derartige Maßnahmen mindern

auch die Angst, die eine gewöhnliche Reaktion auf die unbekannte Situation in der Praxis und angesichts unheimlicher, unkalkulierbarer Gesprächsinhalte ist. Ihrer Minderung dient ein angemessenes Gesprächsklima und gegebenenfalls das direkte Ansprechen, wenn die Angst direkt zu merken oder indirekt zu erschließen ist. Der Patient ist oft sehr erleichtert, wenn er bemerkt, daß darüber offen gesprochen werden kann, und er wird dann auch eher geneigt sein, über die Art von Angst, Bedürfnissen und Befürchtungen zu reden, die zu seiner Krankheit gehören und für die Behandlung oder als Hindernis für diese von Bedeutung sind. Anzusprechen sind auch *Sackgassen*, in die ein Gespräch nicht selten mündet: Dem Patienten scheint nichts mehr einzufallen, oder er wirkt gedankenabwesend, und dem Arzt geht die Phantasie aus, was er selbst zur Behebung der verfahrenen Situation z. B. durch Fragen beitragen könnte. Es kann eine von beiden Partnern als peinlich empfundene Situation entstehen. Die Gründe dafür können ganz unterschiedlich sein und sollen hier nicht aufgelistet werden, aber einige typische Möglichkeiten mögen als Anregung für das Verständnis der Situation erwähnt werden. Es kann sein, daß sich beide Gesprächspartner aus Gründen gemeinsamer unbewußter Abwehr eines brisanten Themas auf einem unfruchtbaren Nebengleis bewegt hatten, das zu keinem Ziel führen kann, oder im Gegenteil: Der nächste logische Schritt im Gespräch wäre die Entdeckung des eigentlichen neurotischen Themas und das Sackgassengefühl ist die letzte, zu Abwehrzwecken errichtete Barriere. Es kann auch sein, daß der Patient mit seinem u. a. szenischen Arrangement (vgl. die Studentin mit ihrer Pantomime) alles mitgeteilt hat und der Arzt lediglich ein (neurotisches?) «Brett vor dem Kopf» hat, das ihn hindert, das Mitgeteilte in Worte zu fassen (der «Flash» bleibt aus). Es kann auch sein, daß das Gespräch eigentlich an einem sinnvollen Ende angekommen ist, aber eine Trennungs- oder Ambivalenzproblematik in dem Sackgassenerlebnis «agiert» wird, d. h., Arzt und Patient wollen eigentlich auseinandergehen, aber sie können sich nicht trennen. Dieses «agierte» Thema wäre nun also ein neues, das angesprochen werden könnte (oder auch nicht!).

Der Umgang mit der Sackgassensituation erfordert jedenfalls mehr als eine Lösungsmöglichkeit. Die nächstliegende ist die Beendigung des Gespräches und eine neue Vereinbarung. Beide Partner haben dann die Chance, bewußt und unbewußt das unbewältigte Thema weiter zu entwickeln. Dem Arzt legen innere Not und Arbeitsökonomie (Praxisbedingungen) diese Lösung häufig nahe. Elegant ist sie aber nicht. Sie gleicht oft eher einer Kapitulation. Stattdessen könnte es fruchtbar sein, die Herausforderung anzunehmen. Zum Beispiel fällt den meisten Patienten nach einiger Zeit doch etwas ein, und häufig ist es der das Thema treffende, weiterführende Einfall. Der Arzt seinerseits könnte sich über die bestehende Szenerie stellen, deren Bestandteil er ist, sie quasi von oben («Meta»-Ebene) betrachten und das Ergebnis aussprechen. Man könnte untersuchen, was bisher das Thema gewesen war, was dessen Quintessenz (der unbewußte neurotische Konflikt?) gewesen sei, an welcher Stelle die Sackgassensituation entstanden ist, welcher Art die eigenen Gefühle waren, welchen flüchtigen (wichtigen) Gedanken er selbst verfolgt hatte, welchen Eindruck er vom Patienten hat, welche Phantasie über die innere Situation des Patienten, und das schafft unter Umständen ausgezeichnete Voraussetzungen für gemeinsame Entdeckungen, vorausgesetzt, der Arzt gesteht sich das in der Sackgasse entstandene Unbehagen zu, bewältigt es nicht durch Vermeiden, sondern durch Betrachten, und gönnt sich einen Moment des Nachdenkens (Schweigens). Nicht selten spielt sich das Gespräch auf die Beschäftigung mit dem *«abwesenden Patienten»* (E. u. M. BALINT, 1961, 1988) ein, d. h. einem Angehörigen, vor allem dem Lebenspartner, dessen Pathologie fortan Gegenstand ist, für beide Gesprächspartner angenehm, weil entlastend, aber ohne Gewinn für das Verständnis der Problematik des Patienten.

### 13. Typische Aktionen

Die systematische Darstellung des ärztlichen Gespräches steht in unaufhebbarer Widerspruch zu ihrer Botschaft, nämlich das Unwie-

derholbare, Einmalige eines Menschen und seiner Krankheit so subtil als möglich zu erfassen. Einige Elemente des ärztlichen Gespräches sind allerdings relativ typisch, wenngleich nicht standardisierbar. So braucht ein Gespräch eine Eröffnung. Oft wird diese durch praxisartentypische Vorkommnisse vorgegeben. Die für das ärztliche Gespräch geeignete Art von Eröffnung ist aber immer eine solche, die möglichst unstrukturiert den Patienten ermutigt und nötigt, sich in ein offenes Feld zu projizieren, analog den psychologischen Tests, die als «projektive» Tests so allgemeine, unbestimmte Vorgaben liefern, daß der Proband nur sich selbst in seiner individuellen Einmaligkeit entfalten, «projizieren» kann. Daraus ergeben sich Empfehlungen für Standardformeln («Was führt Sie zu mir?» «Was ist Ihr Anliegen?»), aber sie sind jeweils auf ihre Brauchbarkeit zu prüfen. Sehr ängstliche, kindliche, psychotische, alexithyme Patienten müssen oft mit gezielten, genauen Fragen zu einem Gespräch ermuntert werden. *Fragen* sind in jeder ärztlichen Praxis unerlässlich, aber sie sind ein zweischneidiges Schwert. Eingedenk des berühmten BALINT'schen Satzes «wer Fragen stellt, erhält Antworten, aber sonst nicht viel» (BALINT, 1965) muß der projektionsverhindernde Charakter eindeutiger Fragen in Rechnung gestellt werden. Sie gehören eben, wie alles im Gespräch, an die richtige Stelle. Als beispielsweise meine mehrfach erwähnte studentische Patientin sich über die Mutter beklagte («Du rauchst zu viel, Du trinkst zu viel»), da führte die Frage «woher kann sie das nur wissen?» zu der gemeinsamen Entdeckung des oben genannten Agierens der Patientin. Von den Fragen nach den Lücken in den genannten Lebensbereichen war schon die Rede. Eine Art von Fragen wird, falls der Patient nicht spontan darauf zu sprechen kommt, idealiter zu stellen sein, nämlich die nach der Biographie, also nach der inneren Entwicklungsgeschichte, der sozialen, schulischen, beruflichen Entwicklung, den signifikanten Personen, der Bewältigung typischer Lebensphasen und -krisen. Ohne ein umfassendes, differenziertes Bild hierüber lassen sich neurotische Probleme gar nicht, vieles andere, z. B. solche aktueller Krankheitsbewältigung, nur unvollständig erschließen. Die aktuelle

*Lebenssituation* ist selbstverständlich von zentraler Bedeutung. Sie gibt oft entscheidenden Aufschluß darüber, warum jemand jetzt erkrankt oder, obwohl schon länger leidend, jetzt zum Arzt kommt, mit anderen Worten, welche Weisen der Lebensbewältigung evtl. nicht mehr funktionieren und zu einer Erkrankung geführt haben oder zu führen drohen.

In einer Studie zur Vorgeschichte plötzlicher Herztode konnte gefunden werden, daß zwei Drittel der Toten in den letzten Monaten beim Arzt gewesen waren. Nur bei einem Teil hatten sich herzbezogene Symptome finden lassen. Typischerweise waren die Patienten aber von ihren Ehefrauen wegen Verhaltens- und Befindensänderungen zum Arzt geschickt worden. Sie waren hektisch oder aber apathisch geworden (APPELT, zit. n. PETZOLD u. REINDELL, 1980; vgl. Kap. IV.A.3).

Es ist ein Beispiel dafür, daß ein nicht mehr funktionierendes Lebenskonzept zu einem mißlingenden Kompensationsversuch oder auch zur Resignation führt und in einer – in diesem Beispiel tödlichen – Symptomatik endet. *Erklärungen* und *Informationen* erfolgen in der ärztlichen Praxis häufig in zu geringem Umfang, zu wenig systematisch, nicht in der geeigneten Weise und nicht ausführlich genug. Non-compliance ist oft non-information. Je nach Gegenstand sollten sorgfältige und geduldige Informationen also im Durchschnitt breiteren Raum einnehmen. Ratschläge dagegen sollten eher restriktiv gehandhabt werden. Zu selten sind wir in der Lage, das Notwendige, so weit es über den ärztlichen Behandlungsrahmen hinausragt, so konkret voraussagen zu können, daß unsere Patienten davon profitieren, oder wie es BALINT sagte: «Niemals einen Patienten beraten oder beruhigen, ehe man nicht genau weiß, welches sein wirkliches Problem ist» (BALINT, 1957). Eher helfen wir ihnen, wenn wir mit ihnen Zusammenhänge klären, die ihnen unseren Ratschlag ersparen.

Im Falle eines Patienten hatte der Arzt geraten, wegen des Asthmas seiner Frau aus Süddeutschland weg und an die Nordseeküste zu ziehen. Der Patient glaubte, dies der Zuneigung zu seiner Frau und ihrer Gesundheit zu schulden. Er gab eine ebenso interessante wie lukrative Tätigkeit und ein schönes Haus an einem schönen Ort auf. Im strukturschwachen Norden fand er auf keiner Ebene Gleichwertiges, und natürlich be-

hielt seine Frau ihr Asthma. Ein solcher Ratschlag ist ein schwerer Kunstfehler.

*Interpretationen* sind ein machtvolleres therapeutisches Mittel. Ihre sichere Handhabung setzt ein gutes theoretisches Fundament, die Kenntnis unbewußter Zusammenhänge von Symptom und Konflikt, eine gute Arbeitsbeziehung und oft auch eine hinreichend entwickelte Persönlichkeitsstruktur voraus. Zeitpunkt, Umfang und Tiefe sind so präzise zu wählen wie bei anderen potenten therapeutischen Maßnahmen. Sie stehen in der Regel am Schluß einer Kette von Operationen und Maßnahmen wie *Klarifikationen* und *Konfrontationen*. Sie sind nur am Platz, wenn die Aussicht besteht, daß sie vom Patienten verstanden und genutzt werden können (vgl. die beiden dargestellten Fallbeispiele). In psychotherapeutischen Interviews werden sie vor allem als prognostisch wichtige Tests – *Probedeutungen* – für die Fähigkeit des Patienten benutzt, konstruktiv mit diesem Instrument umgehen zu können. Unerfahrene neigen oft dazu, gelernte Klischees zu benutzen, nach dem Muster «Sie sind so und so wie Ihre Mutter» oder in Gestalt eines klischeehaften Gebrauchs von psychosomatischen Metaphern («es ist Ihnen zum Kotzen») zur Erklärung von Symptomen. In der Regel ist dies nutzlos, denn Interpretationen sind Maßarbeit und müssen sitzen wie ein Maßanzug, der einer Person und niemandem sonst paßt. In jedem Fall sollte jedes erste ärztliche Gespräch von folgenden *Hintergrundsüberlegungen* begleitet sein.

- Welches Anliegen hat der Patient (wirklich)?
- Wie bringt er es vor?
- Warum bringt er es so vor?
- Was bringt der Patient vor, ohne es zu wissen?
- Warum kommt er zu mir?
- Warum kommt er jetzt?

Immer sollte das Augenmerk auf die *Arzt-* und *Medikamentenanamnese* gerichtet sein. Eine Geschichte mit vielen Arztwechseln, Anklagen gegen frühere Ärzte und dergleichen gibt wichtige Hinweise auf neurotische Arzt-Patienten-Beziehungen, sogenannte Compliance-Probleme (vgl. das «Koryphäen-

killer-Syndrom»), und sie zeigt dem Arzt vor allem, was ihm blüht, wenn es ihm nicht gelingt, mit dem Patienten gemeinsam diese Beziehungsstruktur zu analysieren.

## 14. Typische Fehler

Die Neigung, einem Patienten zu sagen, er habe nichts, nur weil die physikalisch-chemischen Untersuchungsmethoden nichts zutage fördern, ist anscheinend so unausrottbar wie schädlich. Killerfragen (MATUSSEK, zit. n. MEERWEIN, 1974), die sich z. B. darauf beziehen, daß das Symptom nichts Besonderes sei, daß so etwas zur Zeit herumgehe, oder eine Trivialerklärung sonstiger Art (vgl. MEERWEIN, 1974, S. 96), schematisches Abfragen, schematische, zu frühe, zu tiefe, zu viele, zu oberflächliche Deutungen, bei begeisterten Anfängern auch die Mitteilung von eigenen Gefühlsklischees («ich merke, daß ich sauer auf Sie bin»), ungeeignete Ratschläge (s. o.), die Benutzung eines Fachjargons, Störungen von seiten der äußeren Rahmenbedingungen (s. o.), aber auch durch negative Gefühlsregungen, durch das Bedürfnis, vom Patienten bewundert zu werden oder auch dessen Ermunterung durch die Mitteilung eigener Lebensereignisse des Arztes sind häufige Fehler, die ein ärztliches Gespräch stören und seinen Erfolg verhindern können. Sie sind, allgemein gesprochen, Ausdruck mangelnder Einfühlung (*Empathie*) in Person und Situation. Wenn sie nicht gegenübertragungsbedingt sind oder ein Anfängerproblem darstellen, sind sie ein ernstes Problem der ärztlichen Haltung und sollten zur Frage nach der eigenen Selbsterfahrung des Arztes führen.

## 15. Die Diagnose

Am Beispiel BALINTs von dem jungen Mann, «der nicht küssen kann», läßt sich gut veranschaulichen, warum die Diagnose im Rahmen eines ärztlichen Interviews sich nicht auf den Namen für eine syndromatische bzw. nosologische Entität eines Organgeschehens beschränken kann (z. B. Cheilitis). Diese enthält

ja weder die soziale Realität, noch den Beziehungskonflikt, was beides in dem BALINT'schen Beispiel benannt ist, noch die Diagnose der Persönlichkeitsstruktur, auf welcher das Symptom basiert, noch die auslösende Konfliktsituation, an der sich die unbewußte pathogene Psychodynamik aktualisiert.

Die Diagnose ist vollständig, wenn sie die äußere Realität, die relevanten biographischen Daten, das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen und das Verständnis des Symptoms im Zusammenhang mit den genannten Aspekten enthält. Formal lassen sich Symptom-(Syndrom-)Diagnose, systematische neurosenpsychologische Diagnose, Persönlichkeitsdiagnose bzw. Strukturdiagnose, die Diagnose des unbewußten Konfliktes sowie diejenige der sozialen Situation unterscheiden.

In der Realität des klinischen Alltages überwiegen unvollständige Diagnosen, und da einige der relevanten Gesichtspunkte erst nach längeren Therapien mehr oder weniger gut verifizierbar sind, handelt es sich in Wirklichkeit um notwendige, handlungsleitende diagnostisch-therapeutische Arbeitshypothesen. Sie sind aber ein wichtiger Fortschritt, weil sie es dem Arzt ermöglichen, sich in dem komplizierten Gefüge unterschiedlicher Verständnisebenen besser zurechtzufinden.

## Literatur

- ADLER R, HEMMELER W: Praxis und Theorie der Anamnese. 3. Aufl., G. Fischer, Stuttgart 1992
- ARGELANDER H: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wiss. Buchges., Darmstadt 1970
- BALINT M: The doctor's therapeutic function. The Lancet I, 1177–1180, 1965
- BALINT M, BALINT E: Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock Publications, London 1961. Dt.: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. dtv, München 1988
- BIERMANN-RATHJEN EM, ECKERT J, SCHWARTZ HJ: Gesprächspsychotherapie. 5. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 1995
- DEUTSCH F, MURPHY WF: The clinical review. 5. Aufl., Vol. I, Int Univ Press, New York 1965
- DÜHRSEN A: Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1981

- ECKSTÄDT A: Die Kunst des Anfangs. Psychoanalytische Erstgespräche. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1991
- GINZBURG C: Indizien: Morelli, Freud und Sherlock Holmes. In ECO U, SEBEOK TA (Hrsg.) Der Zirkel oder Im Zeichen der Drei. Dupin, Holmes, Peirce Supplemente. Fink, München 1985
- KÖHLE K, JORASCHKY P: Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In VON UEXKÜLL Th: Psychosomatische Medizin, 4. Aufl., S.415, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- KERNBERG OF: Structural interviewing. Psychiatr Clin North Am 4, 169–195, 1981
- MEERWEIN F: Das ärztliche Gespräch. 3. Aufl., Huber, Bern 1986
- MITSCHERLICH A: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Bd. 2, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1967
- NEDELMANN C, FERSTL H (Hrsg.): Die Methode der Balint-Gruppe. Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- PETZOLD E, REINDELL A: Klinische Psychosomatik. UTB 991, Quelle & Meyer, Heidelberg 1980
- QUINT H: Tiefenpsychologische Untersuchung. In VOGEL T, VLIENEN J (Hrsg.) Diagnostische und therapeutische Methoden in der Psychiatrie. Thieme, Stuttgart 1977
- SCHEPANK H: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Springer, Heidelberg 1987
- SCHULTZ-HENKE H: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1951
- SEBEOK TA, UMIKER-SEBEOK J: Du kennst meine Methode. edition suhrkamp, Neue Folge Bd. 121, 1982
- SEEFELDT D: Zur Effektivität der Psychotherapie unter den Bedingungen der allgemeinmedizinischen Betreuung. In BRÄHLER E, GEYER M, KABANOW MM (Hrsg.) Psychotherapie in der Medizin, S.290, Westdeutscher Verlag, Opladen 1991
- SPEIDEL H: Die therapeutische Beziehung und ihre Risiken. In SEDLAK F, GERBER G: Beziehung als Therapie – Therapie als Beziehung, S. 70, Reinhardt, München 1992
- TRÄGER H, FLEMMING B, NORDMEYER J, MEFFERT HJ, BLEESE N, KREBBER HJ: Psychological effects of preoperative doctor-patient-communication. In BECKER R, KATZ J, POLONIUS MJ, SPEIDEL H (eds) Psychopathological and neurological dysfunctions following open-heart surgery, S. 129, Springer, Heidelberg 1982

## B. BALINT-Gruppe und psychosomatische Grundversorgung

HUBERT SPEIDEL

### 1. Einleitung

Die nach ihrem Begründer benannten BALINT-Gruppen gelten als die beste Fortbildungsmethode für Ärzte, die nicht Psychotherapeuten sind, sondern ihre psychosomatische bzw. psychosoziale Kompetenz für ihre jeweilige ärztliche Praxis verbessern wollen. Die BALINT-Gruppenmethode ist ursprünglich aus einem gemeinsamen Fortbildungs- und Forschungsinteresse von Psychoanalytikern und Allgemeinärzten erwachsen und deshalb auf die Probleme dieses Feldes zugeschnitten. Ihre Stärke ist deshalb ihre strikte und genaue Orientiertheit an dieser ärztlichen Praxis. Die Methode hat sich aber auch als überaus flexibel und in unterschiedlichsten Feldern anwendbar erwiesen, innerhalb des Bereiches ärztlicher Tätigkeiten, aber auch darüber hinaus als Erkenntnismittel für Sozialberufe (vgl. SPEIDEL, 1977). Wegen dieser Qualität, die Arbeit von Praxisfeldern zu verbessern, hat sie in vielen Ländern große Beliebtheit erlangt. Besonders in den mittel- und einigen osteuropäischen Ländern sind BALINT-Gruppen ein ausgesprochen populäres Konzept geworden. Sie wurden an zahlreichen Orten durchgeführt und auch auf Fortbildungstagungen angeboten. Sie sind Bestandteil der deutschen Weiterbil-

dungsordnung für die Zusatzbezeichnung «Psychotherapie» und zentraler Bestandteil der Qualifikationsvoraussetzungen für die psychosomatische Grundversorgung. Die Popularität der BALINT-Gruppen hat aber auch zu Fehlentwicklungen geführt.

So ist vieles, was sich BALINT-Gruppenarbeit nennt, in Wirklichkeit etwas anderes, nämlich z. B. Gruppensupervisionsarbeit, und selbst manche Verhaltenstherapeuten, deren Theorien, Methoden und Pragmatik die zentrale Kategorie der BALINT-Gruppenarbeit fremd ist, bieten sogenannte BALINT-Gruppen an. Auch die BALINT-Gruppenarbeit als Teil der psychotherapeutischen Weiterbildung ist durchaus problematisch. Die Zusatzbezeichnung «Psychotherapie» soll für sehr spezifische Therapie befähigen. BALINT-Gruppen sind aber ein Fortbildungsmittel, das gerade nicht für Psychotherapeuten entwickelt worden ist. Fortbildungstagungen bieten sogenannte BALINT-Gruppen an, obwohl BALINT-Gruppenarbeit ihrem Wesen nach kontinuierliche Arbeit über mehrere Jahre sein soll. Auch das sogenannte Bausteinverfahren, nach dem die Teilnahme an mehreren solcher Fortbildungsveranstaltungen ein Nachweis für die Teilnahme einer BALINT-Gruppe sein soll, ist ein Mißbrauch des Begriffs der BALINT-Gruppenarbeit. Streng genommen sollte diskontinuierlich durchgeführte Gruppenarbeit, z. B. vierteljährlich an Wochenenden, ebenfalls nicht BALINT-Gruppenarbeit genannt werden. Gemessen an ihrem Wert für die ärztliche Praxis und deren Mangel an psychosomatischer Kompetenz sind BALINT-Gruppen noch viel zu selten.



## 2. Geschichte und Definition

Michael BALINT war Schüler des für seine Neigung zum Experimentieren bekannten FREUD-Schülers FERENCZI. Dies mag zum Teil erklären, warum er als Psychoanalytiker sein Interesse ganz anderen Arten von ärztlicher Tätigkeit zuwandte. Eine weitere Erklärung mag sein, daß er Sohn eines praktischen Arztes und so mit dieser ärztlichen Tätigkeit von früh an vertraut war.

Jedenfalls begann er schon in den dreißiger Jahren in Seminaren in Ungarn die Zusammenarbeit mit praktischen Ärzten. Er mußte diese Tätigkeit wegen der politischen Verhältnisse in Ungarn aufgeben (LUBAN-PLOZZA, 1974), begann aber im Londoner Exil 1948 Seminare für Sozialassistenten und seit 1950, zusammen mit seiner Frau Enid, Seminare für praktische Ärzte. Das spätere Konzept entwickelte sich in den Jahren 1953 bis 1955 (vgl. SPEIDEL, 1977). Es wurde 1957 erstmals veröffentlicht (BALINT, 1977) und seither im Prinzip beibehalten, wenngleich in manchen Details fortentwickelt (E. BALINT, 1989).

BALINT-Gruppen sind Arbeitsgemeinschaften zwischen einem Psychoanalytiker und einer Gruppe von etwa acht bis zehn Ärzten, die regelmäßig, am günstigsten einmal in der Woche, über zwei oder mehrere Jahre für eineinhalb bis zwei Stunden zusammenkommen. Ihr Gegenstand sind die Patienten der beteiligten Ärzte und deren Behandlung. Das Lernziel hat BALINT scheinbar einfach als «Zuhören» definiert, an anderer Stelle als deutliche, aber begrenzte Einstellungsänderung (BALINT, 1957; zit. n. NEDELMANN u. FERSTL, 1989). Darin ist eingeschlossen, daß der Patient als Person, die Krankheit als zur Person gehörig, mit ihr in Verbindung stehend und als deren Ausdrucksform gesehen wird, vor allem aber als Teil einer Beziehung zwischen zwei Personen, nämlich ihm selbst und dem Arzt. Die Arbeit wird als kollegiale Kooperation mit unterschiedlichen Kompetenzen betrieben. Ihre theoretische Grundlage ist die Psychoanalyse, insbesondere deren objektpsychologische Konzeption. Die Art der Arbeit soll der Organisation der jeweiligen Praxis dadurch gerecht werden, daß nicht lange Falldarstellungen, sondern kurze, aktuelle Praxissituationen behandelt werden, aus denen verschiedene Informationen und Hypothesen abgeleitet werden sollen.

## 3. Zwei Beispiele

Bevor im weiteren die theoretischen Voraussetzungen im einzelnen untersucht werden, soll die Arbeitsweise einer BALINT-Gruppe anhand zweier Fallbeispiele veranschaulicht werden, die in einer einzigen Gruppensitzung von zwei Ärztinnen aus Allgemeinpraxen berichtet wurden. Die Gruppe hat sich zu diesem Zeitpunkt erst wenige Male getroffen; sie ist also noch in einem «jungen» Entwicklungszustand.

Der erste Fall ist ein Beispiel für ein häufiges Dilemma, in das niedergelassene Ärzte unweigerlich kommen und bei dem ihnen ihre medizinischen Kenntnisse oft wenig helfen: die Krankschreibung. Der «objektive» Befund ist oft unergiebig oder steht im Widerspruch zu den Klagen des Patienten. Der Arzt, als selbständiger Unternehmer nicht selten genötigt, bei sich selbst Krankheitszeichen zu übersehen, kann die Haltung des Patienten kaum billigen, der wegen banaler Symptome die Krankschreibung fordert, während er selbst in so einer Situation weiterarbeiten würde. Er wird also leicht dem Patienten gegenüber negative Gefühle entwickeln, kann andererseits diesem oft aber seinen Wunsch nicht abschlagen, weil er seine feindseligen Gefühle nicht zeigen darf und weil er generell seinen Patienten gegenüber freundlich sein möchte. Vielleicht ahnt er, daß der Patient lediglich seine Unpäßlichkeit zum Agieren angesichts einer ungeliebten Berufsarbeit mißbraucht. Wenn er nicht gelernt hat, mit seinen Patienten über solche Probleme zu reden, ist er einer derartigen Situation oft relativ wehrlos ausgesetzt, auch deshalb, weil der Patient dann einen anderen Arzt aufsuchen, ihn also einem wirtschaftlichen Verlust aussetzen würde. Von einer solchen typischen Geschichte handelt der folgende Fall:

### a) Fall 1

Eine Allgemeinärztin berichtet von einer Studentin, die einen Tag vor einer Prüfung kommt, um ein Attest zu erbitten, damit sie die Prüfung nicht machen muß. Sie hatte inzwischen eine Arbeit angenommen und ganz ausgeblendet, daß sie gleichzeitig eine Prüfung

ablegen müßte, und dementsprechend hatte sie sich nicht vorbereitet. Die Ärztin berichtet, daß sie entgegen ihrer Gewohnheit umgehend ein Attest geschrieben habe. Zu ihren Gefühlen befragt, sagt sie, sie hätte diese zierliche Person am liebsten umarmen mögen, und sie habe sich nicht mißbraucht oder sonstwie ärgerlich gefühlt, insbesondere, weil sie die Patientin schon länger kenne und von ihr viel wisse. Die Ärztin erzählt aber nicht, was sie von der Patientin weiß; sie läßt also eine geheimnisvolle Situation entstehen. In der Gruppe tauchen kontrastierende Gefühle auf: Ärger, negative Urteile über die Patientin und über die Zumutung, über die Überrumpelung gegenüber der Ärztin. Es ist von «falsch Zeugnis ablegen» die Rede. Die Ärztin gibt nun preis – quasi als Erklärung –, daß es sich um ein Mißbrauchsproblem handele (Vater-Tochter-Inzest).

Das Ergebnis der Diskussion, die sich im weiteren entspinnt, ist, die Ärztin sei in die Illegalität hereingezogen worden. Es handele sich um eine Inszenierung der Patientin, und es wurde die Analogie der ungerechtfertigten Krankschreibung zur Illegalität der Inzestbeziehung hergestellt. Die Patientin betätige sich als (kindliche) Verführerin der (erwachsenen) Ärztin (Vaterübertragung). Die Gruppe erarbeitet die Hypothese, die Patientin teile in dieser Inszenierung mit, daß sie eine Verführerin sei, daß sie sich schuldig fühle, weil sie sich als Verführerin fühle, daß die Mutter (Ärztin) Bescheid wußte, daß es die Inszenierung einer Inzestbeziehung sei: Die Patientin verführe den Vater, alles gehe sehr schnell wie die Krankschreibung, ehe man sich's versehen hat, und Mutter und Tochter verleugnen ihre Schuldgefühle. Einer Teilnehmerin mißfällt die Verführungshypothese: Ein Vater dürfe sich nicht verführen lassen. Es wird dann erarbeitet, daß dies die Ebene des moralischen Urteils sei, während es aber für die Gruppe um das Verständnis einer Szene gehe, in welche die Ärztin als zweifache Übertragungsfigur involviert sei.

Es ist ein Beispiel dafür, wie Patienten dem Arzt eine Rolle aufnötigen, die ihrer eigenen neurotischen Geschichte entspricht. Die Entdeckung der Struktur der Szenerie einschließlich der gegenübertragungsbedingten Gefühle der Ärztin ermöglicht es dieser, sich aus der Szenerie jedenfalls so weit zu befreien, daß sie sich mit der Patientin nunmehr auf eine andere Ebene der Beziehung begeben kann. Diese soll es der Ärztin ermöglichen, nicht wie zuvor Teil einer Verführungsszene zu werden. Ob deren interpretative Klärung in der allgemeinärztlichen Praxis angesichts der Agierneigung der Patientin möglich ist, mag zweifelhaft sein. Immerhin wird die gute Beziehung, welche die Ärztin zu ihrer Patientin hat und die durch die BALINT-Gruppe auch

nicht in Frage gestellt wurde, dazu verhelfen, der Patientin eine psychotherapeutische Bearbeitung zu empfehlen. Vermutlich würde es nämlich die Gesprächssituation überfordern, wenn die Ärztin die Patientin mit der Interpretation, welche die BALINT-Gruppe gegeben hat, konfrontierte. Diese Interpretation dient zunächst und vor allem der Ärztin zu einem besseren Verständnis der Patientin und ihrer selbst. Sie wird die Beziehung verändern, auch wenn sie nicht ausgesprochen wird. Die Interpretation müßte aber ein wesentlicher Bestandteil einer systematischen Psychotherapie sein.

## b) Fall 2

Eine Kollegin berichtet: In die Praxis kommt eine 60-jährige, als füllig und mächtig beschriebene Patientin. Sie ist die letzte am Vormittag. Ihr Symptom schildert sie als dauerndes Weinen. In das Gespräch führt sie sich so ein: Sie sei Privatpatientin und könne sich alles leisten. Ihr Problem sei, daß sie bei jeder Kleinigkeit weine. Ihr Mann sei vor einem halben Jahr verstorben. Das sei aber nicht der Grund für ihr Weinen. Es müsse vielleicht ein Nerv sein, der falsch funktioniere. Mit dem Tod ihres Mannes sei sie gut fertig geworden. Sie sei selbständig, habe fünf Angestellte und sei in einem Standesgremium führend tätig. Als Beispiel für das Weinen nannte sie: wenn es an der Tür klinge. In der Diskussion sagt eine Ärztin, sie fürchte sich vor dieser Patientin, weil sie so mächtig sei. Ein Arzt sagt, er würde sie wohl behandeln, ich-stützend, sie habe sicher auch eine lustige Seite. Das Ergebnis dieser kontroversen Gruppendiskussion war folgende Hypothese zu ihrer Lebensgeschichte, die bis dahin nicht bekannt war: Die Patientin sei mit ihren Gefühlen, u. a. als Mädchen, nicht ernstgenommen worden. Ihr Vater habe sie wohl akzeptiert, aber eher als Jungen. Sie sei vermutlich mit ihrem Vater identifiziert, habe Probleme mit ihrer Weiblichkeit und der Fähigkeit, sich selbst zu akzeptieren. Darüber habe sie sich zu einer «Macherin» entwickelt. Sie nehme infolgedessen aber auch andere nicht ernst und sei deshalb einsam und müsse sich Beziehungen erkaufen. Sie verdränge ihre Depression. Statt ihrer Gefühle habe sie ein mechanistisches Konzept entwickelt. Die – unvollständige – Diskussion endet in der Befürchtung, daß eine Therapie zu einer depressiven Dekompensation führen könnte, die der Patientin vielleicht nicht mehr zugemutet werden könne.

Daß eine weibliche Diskutantin sich so ablehnend, ein männlicher Kollege eher humor-

voll-wohlwollend äußerte, könnte ein Hinweis auf eine schwierige Beziehung zur Mutter, eine eher kumpelhafte zum Vater signalisieren. Im ersten Fall konnten wir beobachten, daß die Patientin und ihre Ärztin eine neurotische Beziehung reinszenieren, der zweite Fall zeigt möglicherweise, wie sich die Beziehung der Patientin zu ihren Eltern in der Gruppe reinszeniert. Dies ist aufgrund der unvollständigen Vorgeschichte und bei einem einzigen Fall natürlich nicht zu beweisen, aber daß es derartige Resonanzphänomene aufgrund unbewußter Identifikationen gibt, ist gewiß. Gruppen, in denen unterschiedliche unbewußte Konstellationen bereitliegen und anklingen können, eignen sich besonders gut zur Reproduktion und Veranschaulichung unbewußter neurotischer Konstellationen, und zwar auch, wenn, wie in der BALINT-Gruppe üblich, der Patient nicht anwesend, sondern nur über den Bericht des behandelnden Arztes in der Gruppe gegenwärtig ist.

#### 4. Theorie der BALINT-Gruppenarbeit

Im vorigen Kapitel (Kap. III.A) wurden bereits die Grundzüge des Krankheits- und Beziehungsverständnisses dargestellt, die der BALINT-Gruppenarbeit zugrundeliegen.

BALINT-Gruppenarbeit ist nicht denkbar ohne die folgenden theoretischen Voraussetzungen: Der Patient ist als *Person* (und nicht nur als Symptomträger) in der Praxis des Arztes anwesend und bringt sich als solche mit ihren verschiedenen Facetten auch zur Geltung. Weil dies so ist, entsteht in der ärztlichen Praxis eine *Szenerie*, die maßgeblich auch durch die Persönlichkeit des Patienten einschließlich seiner *biographischen* signifikanten Aspekte bestimmt wird. Der Patient wird diese nicht direkt mitteilen, sondern einerseits in Gestalt einer Szene (vgl. Fall 1, s. o., Abschn. 3 a, und der Fall der Studentin, Kap. III.A), andererseits durch die *Symptomatik* vermitteln, die als *Krankheitsangebot* zu verstehen ist. BALINT (1957) schreibt: «... daß der Patient in einer Konfliktlage war, die er durch eine Krankheit zu

lösen versuchte. Diese Krankheit konnte er klagen, während es ihm unmöglich war, seinen ursprünglichen Konflikt zu klagen. Die Gründe für diese Unfähigkeit könnten mannigfache sein: Vielleicht war es ihm zu peinlich, zu unlustvoll, zu erschreckend oder zu schmerzlich, das ursprüngliche Problem zu nennen. Dies mag erklären, warum die Patienten so selten ganz offen mit dem Problem selber zum Arzt kommen. In der Regel haben sie irgend eine Beschwerde, und der Arzt hat nun die Aufgabe, das wirkliche Problem herauszufinden, das ihm der Patient nicht klagen kann und das er durch die Krankheit ersetzt hat» (BALINT, 1965, S. 366). Diese Vorgänge sind im wesentlichen *unbewußt*. Ein entscheidender Gesichtspunkt ist, daß es sich um eine *Beziehung* handelt, in der unbewußte *Übertragungsphänomene* des Patienten (Beispiele: Studentin im Kap. III.A, Fall 1, s. o., Abschn. 3 a) ebenso wirksam sind wie *Gegenübertragungsprozesse* von seiten des Arztes, d. h. dessen allgemeiner, professioneller Lebensauffassung, was krank und was gesund sei. Er ist der Apostel seiner Auffassung, und BALINT nannte diesen Beitrag des Arztes dessen *apostolische Funktion* (BALINT, 1955). Ein wesentlicher Zugang zum Verständnis des Patienten ergibt sich also aus diesen *unbewußten Beziehungskonstellationen*. Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist es nun, möglichst rasch zu entdecken (s. die Fälle in Kap. III.A), welches Angebot der Patient in seinem Symptom und dessen Darbietung in der Arzt-Patienten-Beziehung über sich, seine Konfliktsituation und seine signifikanten biographischen Konstellationen macht. Dabei sind die Gefühle des Arztes für ihn selbst diagnostisch wichtig. Eine weniger vorrangige Rolle als in einer psychotherapeutischen Praxis spielen die verbalen Mitteilungen des Patienten. Weil die allgemeine ärztliche Praxis viel aktionsträchtiger ist, ist das szenische Verstehen dieses Aktions- und Reaktionsrahmens hier so besonders bedeutsam. Der Erfolg der BALINT-Gruppe ist oft, daß die innere Situation durch die Zusammenschau und das kombinatorische Verständnis blitzartig (*«Flash»*) verstanden werden kann, bevor – wie in der psychotherapeutischen Praxis üblich – das

biographische und verbalisierte Übertragungsmaterial eine systematische, kohärente, durch verbalisierte Inhalte belegte Interpretation ermöglicht. Die ärztliche Praxis legt nahe und ermöglicht – in der Sprache der Psychoanalyse – eher primärprozeßhafte, kurzschlüssige Erkenntnisse.

PEIRCE (zit n. GINZBURG, 1985) hat diese Erkenntnismethode, in der systematische und vor allem durch unbewußte, identifikatorische Prozesse begründete Erkenntnisse von Zusammenhängen die eigentliche produktive Methode darstellen, als *Abduktion* bezeichnet und sie gleichrangig neben die in den Wissenschaften üblichen deduktiven und induktiven Methoden gestellt. Gegenüber den in der naturwissenschaftlichen Medizin anerkannten de- und induktiven Erkenntniszugängen ist die abduktive Methode, die über primärprozeßhafte Vorgänge, z. B. unbewußte Identifikationen läuft, weniger sicher. Ihre Erkenntnisse müssen deswegen als konstruktive Arbeitshypothesen behandelt werden. Diese Einschränkung ist natürlich vor dem Hintergrund zu sehen, daß naturwissenschaftliche (deduktive) Zugangsweisen gegenüber personalen Kategorien blind sind. Das gilt übrigens zum Teil auch für psychologische Methoden, die an naturwissenschaftlichen Experimenten orientiert sind (sogenannte «empirische» Methoden).

Die Flash-Methode besteht darin, daß zwischen Arzt und Patient ein Moment der tiefen Übereinstimmung entsteht, das vom Arzt in einer zutreffenden Beschreibung dargestellt werden kann. Ihr dient die sogenannte Episoden-Technik, womit gemeint ist, daß der Arzt einen Einfall oder ein Gefühl, das in der Interaktion mit dem Patienten entsteht, als Anzeichen eines Beziehungsproblems des Patienten versteht (vgl. LOCH, 1973).

## 5. Dimensionen der BALINT-Gruppenarbeit

Der Reichtum der Erkenntnismöglichkeiten im Rahmen der BALINT-Gruppenarbeit läßt sich aus den unterschiedlichen, sich überlagernden Wirkungsebenen («Dimensionen», SPEIDEL, 1975, 1977) erklären.

1. Das Arbeitsprogramm der BALINT-Gruppenarbeit, die Person des Patienten in allen Äußerungen wahrzunehmen und zu würdigen, ermöglicht es, auch unbewußte Angebote des Patienten zu entdecken und aus seinen Inszenierungen (s. o.) Schlüsse auf biographische (vgl. Fall 1 und 2, Abschn. 3a u. b) und krankheitsbezogene Zusammenhänge zu ziehen.
2. Dieses Programm bezieht auch die persönlichen Wahrnehmungs- und Darstellungsweisen des berichtenden Arztes und damit ihn selbst als Person ein und untersucht seinen Anteil in der Beziehung zum Patienten.
3. Die balintgruppenspezifische Fokussierung der Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht es, das Zusammenspiel zweier Personen in einem definierten Rahmen (Arztpraxis) zu studieren und aus den interaktionellen Bewegungen einschließlich der Reaktionsweisen des Arztes Schlüsse auf den Patienten zu ziehen.
4. Die Gruppensituation stellt eine Erweiterung der Wahrnehmungsmöglichkeit der Teilnehmer über die Person des Patienten her.
5. Die unterschiedlichen Persönlichkeiten der Teilnehmer wirken als *Prismafunktion* (LOCH, 1972) insofern, als sich die unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile des Patienten in den Beiträgen der Teilnehmer repräsentieren können (vgl. Fall 2, Abschn. 3b).
6. Der psychoanalytische Gruppenleiter trägt nicht nur seine Fachkompetenz bei; er hat durch seine Position und Funktion auch die Möglichkeit, die unterschiedlichen Partialaspekte zu einem Gesamtbild des Patienten und der Beziehungskonstellation zusammenzufügen.

## 6. Voraussetzungen und Arbeitsbedingungen

Die Verankerung der BALINT-Gruppenarbeit in den Fort- und Weiterbildungsregularien in der Bundesrepublik hat viel für das Interesse sowohl von Psychoanalytikern und psychoanalytisch orientierten Psychotherapeuten als

auch von Ärzten in Kliniken und Praxen an dieser Arbeit bewirkt. Nicht allen Ärzten kann man allerdings die Teilnahme an BALINT-Gruppen empfehlen. Wenn z. B. die persönliche Problematik zu intensiv und das Regressionsbedürfnis zu groß sind, dann können die Anforderungen der BALINT-Gruppe, nämlich den Rahmen einer indirekten, beziehungsorientierten Selbsterfahrung im professionellen Bereich einzuhalten, eine Überforderung sein. Auch BALINT-Gruppen im Rahmen von Institutionen, in denen die Teilnehmer zusammenarbeiten und Konflikte entwickeln, sind von einem Scheitern bedroht, und zwar sowohl im Sinne der Entwicklung einer Gruppenselbsterfahrung, als auch im Sinne einer Fallsupervisionsgruppe. Die Motivation der Teilnehmer muß so hoch sein, daß sie bereit sind, nach einem langen Arbeitstag sich einer so intensiven Auseinandersetzung auszusetzen. Die Arbeitsbedingungen von niedergelassenen Ärzten stehen dem oft entgegen, bzw. die Widerstände können sich an dieser Arbeitsrealität entwickeln. Hieraus sowie wegen örtlichen Mangels an Angeboten haben sich Modifikationen der BALINT-Gruppenarbeit wie z. B. fraktionierte Wochenendarrangements entwickelt. Die Motivation von Ärzten, deren Arbeit auf ein Organ bzw. Funktionssystem bezogen ist oder bei denen der technische Zugang dominiert (HNO, Augen, Röntgen), läßt sich schlechter herstellen als in Gebieten, in denen psychosoziale Aspekte unabweisbar sind (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde u. a.).

## 7. Ziele und Ergebnisse

BALINT-Gruppen sind keine Methode zur Weiterbildung von Psychotherapeuten, sondern zur Verbesserung der psychotherapeutischen Kompetenz nicht-psychotherapeutischer Ärzte im Rahmen ihrer jeweiligen Praxis. Die BALINT-Gruppenarbeit soll es dem Arzt ermöglichen zu lernen, geduldig zuzuhören, nicht vorschnell zu handeln, sondern zunächst die unterschiedlichen inhaltlichen, formalen, gestischen, szenischen Mitteilungen

des Patienten, dessen Gefühle, aber auch die eigenen Gefühlsreaktionen wahrzunehmen, ernstzunehmen, zu einer differenzierten Diagnostik zu verwenden, Konflikte zu erkennen, rasch Episoden in ihrem Kontext zu erfassen («Flash») und diese Erkenntnisse in einem Dialog mit dem Patienten zu nutzen (vgl. LOCH, 1989).

Die Auswirkungen der BALINT-Gruppenarbeit sind, vor allem in Selbsteinschätzungen, so beschrieben worden: Der Arzt lernt, besser mit schwierigen Patienten umzugehen, beispielsweise mit Aggression, Verführung, Masochismus, Unzuverlässigkeit, psychischem Elend jeder Art und den Problemen des Sterbens. Die Einstellung der Ärzte zu ihren Patienten verändert sich, ihre Toleranz gegenüber unterschiedlichen Lebensformen nimmt zu, iatrogene Chronifizierungen von Krankheit nehmen ab. Sie beschreiben sich auch als «aufmerksamer für die Bedürfnisse des Patienten, die hinter seinem manifesten Verhalten liegen», als «vielseitiger in ihrem Verhalten gegenüber Patienten» und «differenzierter in ihren Diagnosen» (ROSIN, 1989).

Die Praxis der Ärzte mit BALINT-Gruppenenerfahrung verändert sich. Die Mehrbelastung, die mit der erweiterten Wahrnehmungsfähigkeit verbunden ist, wird durch eine größere Berufszufriedenheit mehr als ausgeglichen (vgl. SPEIDEL, 1977; LOCH, 1989). Allerdings überdauert die Wirkung der BALINT-Gruppe diese oft nur begrenzt. Die Gesetze der Praxisorganisation und der Gebührenordnung, das Arbeitsausmaß, das Fehlen der fortlaufenden Bestätigung und Übung dieser Arbeitsform bewirken häufig, daß mit der Zeit die übliche Praxisroutine wieder Oberhand gewinnt. BALINT-Gruppen haben auch deshalb oft eine lange Lebenszeit, jedenfalls soweit sie einem gemeinsamen Interesse der Teilnehmer und nicht nur den Rahmenbedingungen der Ärztekammer verpflichtet sind.

## 8. Psychosomatische Grundversorgung

BALINT-Gruppenarbeit steht im Zentrum der Fortbildung für die Qualifikation zur *Psychosomatischen Grundversorgung*, die mit der Neuregelung der Psychotherapie-Richtlinien ab 1. Oktober 1987 in die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt worden ist. Mit dieser Konzeption ist zum ersten Mal die «sprechende Medizin», die das Anliegen M. BALINTs war, im deutschen ärztlichen Versorgungssystem verankert, d. h., es soll damit über die üblichen ärztlichen Beratungen (Nrn. 1–6 der BMÄ/E-GO) bzw. der «ärztlichen Erörterung» (Nrn. 10, 11 und 13 BMÄ/E-GO) hinaus ein ärztlicher Dialog ermöglicht und erstattet werden.

Die Richtlinien definieren die Psychosomatische Grundversorgung hinsichtlich der *Diagnosestellung*: Es soll eine Gesamtdiagnose eines komplexen Krankheitsgeschehens gestellt werden; hinsichtlich der Indikationsstellung sollen körperliche und seelische Krankenbehandlung nach den Erfordernissen der aktuellen Krankheitssituation einander zugeordnet werden; die *Zielsetzung* ist eher begrenzt und bezieht sich auf Symptombeseitigung, Einsichtsvermittlung in pathogene Zusammenhänge sowie auf prophylaktische Umorientierung; als *Therapiemethoden* sind verbale Interventionen sowie übende und suggestive Techniken genannt.

Die Psychosomatische Grundversorgung soll der frühzeitigen differentialdiagnostischen Klärung dienen, die bereits in der Einleitung dieses Buches als eine der dringlichen und bislang ungenügend gelösten ärztlichen Aufgaben genannt worden ist. Die Richtlinien nennen einen Katalog von Erkrankungen und Zustandsbildern, die *Gegenstand* der Psychosomatischen Grundversorgung sein können: psychoreaktive Depressionen, hirnanorganisch begründete Verstimmungen, endogene Vital schwankungen, larvierte Depressionen, Angst- und Zwangssymptome, funktionelle Störungen und Organbeschwerden, bei denen organische Ursachen allenfalls eine partielle Bedeutung haben sowie psychosomatische

Erkrankungen. Hinzuzufügen wäre der große Bereich der somato-psychischen Störungen.

Die Zielsetzung soll an der aktuellen Krankheitssituation orientiert sein und eine ganzheitliche Basistherapie umfassen. Verbale Intervention, nicht als Psychotherapie, sondern als ärztliche Gesprächsführung verstanden, soll die Introspektionsfähigkeit des Patienten fördern, ihm Einsichten in psychosomatische Zusammenhänge seines Krankheitsbildes und in die pathogene Bedeutung persönlicher Konflikte vermitteln, eine angemessene Krankheitsbewältigung ermöglichen sowie gegebenenfalls ihn an einen Fachpsychotherapeuten überweisen.

Die *Dauer* dieser Arzt-Patienten-Dialoge soll mindestens 20 Minuten betragen und sich über einen «kürzeren» Zeitraum erstrecken, wobei an etwa vier bis sechs Wochen gedacht ist, falls es sich um akute Krisen handelt. Bei chronischen Erkrankungen kann es sich auch um einen «längeren», aber auf die jeweils aktuelle Krankheitssituation begrenzten Zeitraum handeln. Nicht in derselben Sitzung wie die «verbale» Interaktion darf eines der in der psychosomatischen Grundversorgung vorgesehenen übenden resp. suggestiven Verfahren (Unterstufe des Autogenen Trainings, JACOBSON'sche Relaxationstherapie, Hypnose) angewandt werden. Im Behandlungsfall sollen nach den Maßstäben der *Wirtschaftlichkeit* in der Regel je 12 Sitzungen der verbalen Intervention und eines der drei anderen Verfahren Anwendung finden.

An die *Qualifikation* des Arztes werden die folgenden Anforderungen gestellt: Er muß über mehrjährige Erfahrung in selbständiger ärztlicher Tätigkeit (am Kranken!) verfügen, Kenntnisse in der Theorie einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre erworben und «reflektierte Erfahrungen» über die therapeutische Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung gemacht haben. Die erstere der Bedingungen ist im Falle von Maßnahmen nach den Nrn. 850 und 851 BMÄ/E-GO dahingehend präzisiert, daß die Leistungen nur mit Einwilligung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bei mindestens dreijähriger Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit ausgeführt werden dürfen (FABER u. HAARSTRICK, 1991).

Die *kritische Würdigung* der psychosomatischen Grundversorgung hat verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Zunächst einmal ist festzustellen, daß mit ihr ein überaus wichtiger Schritt in die Richtung auf eine patientenorientierte Medizin getan wurde. Die Fortbildung des Arztes im Sinne einer Arzt-Patienten-Beziehung, die vor allem in der BALINT-Gruppenarbeit zu erwerben ist, stellt die dringliche Ergänzung zu dem sonst auch in der Gebührenordnung dominierenden technisch und biologisch orientierten Medizinverständnis dar. Es eröffnet sich die Chance, der iatrogenen Chronifizierung vieler psychosomatischer Leiden durch eine frühzeitige Weichenstellung zu steuern. Andererseits bringt ihre Realisierung eine Reihe von Problemen mit sich, die noch besser gelöst werden müssen. So sind die Qualifikationsvoraussetzungen noch zu unterschiedlich, je nach dem in den Landesgremien örtlich vorhandenen Sachverstand, und dementsprechend sind sie mancherorts ungenügend. Eine Verbesserung ist durch übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erhoffen (s.u.). Die Auswahl und Berücksichtigung der übenden Verfahren erscheint nicht sehr überzeugend. Sie ist wohl eher nach den Maßstäben der leichten Erlernbarkeit und Verfügbarkeit getroffen. So wird das JACOBSON'sche Verfahren traditionell von (psychologischen) Verhaltenstherapeuten, und zwar als eines von mehreren zu kombinierenden Verfahren, verwendet. Das autogene Training, in der ärztlich-psychotherapeutischen Tradition stehend, erfreut sich großer Beliebtheit dank der Einfachheit, mit der es erlernt werden kann, und der Problemlösigkeit seiner Anwendung, weniger wegen überzeugender Heilerfolge (vgl. Kap. III.G). Die Hypnose schließlich ist ein sehr differenziertes Verfahren, das eher in die Hand des erfahrenen und kritischen Spezialisten gehört und eigentlich keine «Basistherapie» ist.

Problematisch ist auch die *praktische Anwendung*. Wer einen ärztlichen Betrieb mit Personal und Apparaten unterhält, hat mit der psychosomatischen Grundversorgung zu wenig Einnahmen. Läßt er sich dennoch auf sie ein, so muß er, um einigermaßen ökonomisch zu arbeiten, einen straffen Stundenplan ein-

halten und in einer Stunde mit drei Patienten je 20 Minuten lang reden. Dieses anstrengende Gespräch, dazu «im fliegenden Wechsel», ist aber eine Überforderung. Die zukünftige Diskussion der bisherigen Erfahrungen sowohl mit dem Konzept und den Curricula als auch mit der Praxisorganisation wird möglicherweise zu Modifikationen führen.

Inzwischen existieren an zahlreichen Orten, zum Teil von Ärztekammern bzw. Ärztlichen Akademien organisiert, *Curricula*, die mehrheitlich an einer Reihe von Wochenendtagungen Theorie und Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung vermitteln.

Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin, dem die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung vor allem zu verdanken ist, hat Rahmenempfehlungen verabschiedet, die als vorbildlich gelten können. Sie schlagen 80 Stunden Theorie vor, 20 Doppelstunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (BALINT-Gruppenarbeit, interaktionsbezogene Fallarbeit in der Gruppe) sowie 10 Doppelstunden Entspannungstheorie.

Ausführliche Darstellungen dieses allgemeinärztlichen psychosomatischen Arbeitsfeldes finden sich bei BERGMANN (1989), FABER und HAARSTRICK (1991), HELMICH et al. (1991) und TRESS (1994). Zu den Fragen, die sich mit Person und Qualifikation des BALINT-Gruppenleiters sowie den Anforderungen an ihn beschäftigen und die hier nicht behandelt werden, kann auf die ausführlichen Darstellungen bei NEDELMANN und FERSTL (1989) und STUCKE (1991) verwiesen werden.

## Literatur

- BALINT E: Die Geschichte von Fortbildung und Forschung in BALINTgruppen. In NEDELMANN C, FERSTL H (Hrsg.) Die Methode der BALINTgruppe, S. 237, Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- BALINT M: The doctor, his patient and the illness. Lancet 1, 683–688, 1955
- BALINT M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart 1957
- BALINT M: The doctor's therapeutic function. Lancet 1, 1177–1180, 1965
- BALINT M, BALINT E: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. 3. Aufl., Huber, Bern; Klett, Stuttgart 1980
- FABER FR, HAARSTRICK R: Kommentar Psychotherapierichtlinien. Jungjohann, Neckarsulm 1989

- GINSBURG C: Indizien: Morelli, Freud und Sherlock Holmes. In ECO U, SEBEOK TA (Hrsg.) *Der Zirkel oder Im Zeichen der Drei*, S. 203, Fink, München 1985
- HELMICH P, HESSE E, KÖHLE K, MATTERN HJ, PAULI H, VON UEXKÜLL Th, WESIAK W: *Psychosomatische Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung*. Springer, Heidelberg 1991
- LOCH W: Psychotherapeutische Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. In LOCH W (Hrsg.) *Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse*, S. 269, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1972
- LOCH W: Die BALINT-Gruppe. Möglichkeiten zum kontrollierten Erwerb psychosomatischen Verständnisses. In LOCH W: *Über Begriffe und Methoden der Psychoanalyse*, S. 155, Huber, Bern 1973
- LOCH W: BALINT-Seminare: Zweck, Methode, Zielsetzung und Auswirkung auf die Praxis. In NEDELMANN C, FERSTL H (Hrsg.) *Die Methode der BALINT-Gruppe*, S. 217, Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- LUBAN-PLOZZA B: Über die Entwicklung der BALINT-Gruppen. In LUBAN-PLOZZA B (Hrsg.) *Praxis der BALINT-Gruppen. Beziehungsdiagnostik und Therapie*, S. 12, J. F. Lehmanns, München 1974
- LUBAN-PLOZZA B, KNAAK L, DICKHAUT HH: *Arzt als Arznei*. 4. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1988
- LUBAN-PLOZZA B: BALINT-Arbeit und Allgemeinmedizin. In ZAPPE HA, MATTERN HJ, PETZOLD E (Hrsg.) *Brücken von der Allgemeinmedizin zur Psychosomatik*, S. 50, Springer, Heidelberg 1988
- MEYER AE, RICHTER R, GRAWE K, SCHULENBURG Graf v.D., SCHULTE B: *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Frauen und Gesundheit, Hamburg 1991
- NEDELMANN C, FERSTL H (Hrsg.): *Die Methode der BALINT-Gruppe*. Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- ROSIN U: *BALINT-Gruppen: Konzeption, Forschung, Ergebnisse*. Springer, Heidelberg 1989
- SPEIDEL H: Die BALINT-Gruppe. Möglichkeiten zum kontrollierten Erwerb psychosomatischen Verständnisses. *Therapiewoche* 25, 3696–3700, 1975
- SPEIDEL H: Die BALINT-Gruppe. Voraussetzungen, Theorie und Methodik. *Therapiewoche* 27, 6946–6961, 1977
- STUCKE W: *Die Leitung von BALINT-Gruppen*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1991
- TRESS W (Hrsg.): *Psychosomatische Grundversorgung*. Schattauer, Stuttgart 1994
- WILLI J: *Therapie der Zweierbeziehung*. Rowohlt, Reinbek 1978



## C. Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Behandlungsmethoden

CHRISTEL BÖHME-BLOEM

### 1. Vorbemerkung

Im Kapitel über die Grundrichtungen der Psychotherapie (Kap. II.A) werden die Elemente der psychoanalytischen Theorie kurz dargestellt. Als Zentralbegriffe des psychodynamischen Modells werden *dynamische Unbewußtheit*, *Impuls-Abwehrkonflikte* und *Abwehrvorgänge* genannt. Ferner wird die Kausalität der genannten Phänomene für neurotische und psychosomatische Symptome beschrieben sowie die Bedeutung von *Übertragung* und *Widerstand* und die Wichtigkeit von Entwicklungsaspekten hervorgehoben.

Gegenstand der Psychoanalyse in Theorie und Therapie ist das Erfassen der inneren Organisation aller Erfahrungen, die ein Mensch gemacht hat. Die Erfahrungen seit der Geburt und in gewissem Maße auch die vorgeburtlichen Erfahrungen, die in der menschlichen Entwicklungsgeschichte niedergeschlagen sind, spielen besonders deshalb eine so große Rolle für das gesamte menschliche Verhalten, für Gesundheit und Krankheit, weil der Mensch, wie PORTMANN (1969) sagt, eine *«physiologische Frühgeburt»* ist und wegen seiner Kopfgröße (Großhirnentwicklung) und der Steilstellung des mütterlichen Beckens (aufrechter Gang) etwa ein Jahr zu früh geboren wird und somit auf Pflege und Fürsorge im *«sozialen Uterus»* der primären Bezugspersonen (meist Eltern oder nahe Familienmitglieder) für sein Überleben und seine Entwicklung angewiesen ist. Die Unreife und die großen extrauterinen Reifungsanforderungen bedingen eine

lange Abhängigkeit, auch über den Ausgleich der physiologischen Frühgeburtlichkeit hinaus.

Bevor es darum gehen kann, die Arbeit an der Erforschung der inneren Organisation der Erfahrungen zu beschreiben, muß daher die psychische Entwicklung in einigen ihrer Gesetzmäßigkeiten betrachtet werden. Psychoanalyse ist im Kern Entwicklungspsychologie.

Seit der frühen Beschäftigung mit der Triebentwicklung durch FREUD, deren Niederschlag in der *«Phasenlehre»* vorliegt, hat es eine beständige Arbeit an Entwicklungsvorstellungen gegeben, die sich auf die Entwicklung des Ichs (HARTMANN, 1972), auf die Bindungserfahrung und die Objektbeziehungen (MAHLER et al., 1975; SPITZ, 1965) und auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls (ERIKSON, 1959) bezogen. Diese Entwicklungsstudien bzw. Entwürfe von Entwicklungstheorien, welche die einhundertjährige Geschichte der Psychoanalyse ausmachen, sind eng verknüpft mit den Krankheitstheorien. Dabei spielen in der Psychoanalyse zwei Modellvorstellungen der Krankheitsentstehung eine Rolle, nämlich die Vorstellung vom reaktualisierten Entwicklungskonflikt und vom erhaltenegebliebenen Entwicklungsschaden; die Lerntheorie geht stattdessen vom verfehlten Lernvorgang aus. In den ersten beiden

Modellen ist die Art der Erfahrung und die Art ihres Verbleibes im Unbewußten für die Krankheitsentstehung bedeutsam, beim verfehlten Lernvorgang ist Unbewußtheit nicht essentiell, aber immerhin möglich.

Die Art der Ausbildung und Verinnerlichung von Erfahrung ist Gegenstand der Entwicklungslehre. Dabei geht es auch um frühe physiologische Erfahrungen und ihre Blockierung in der Überleitung in seelische Erfahrungen, besonders bei den psychosomatischen Krankheitstheorien (vgl. das Konzept der De- und Resomatisierung bzw. das Konzept der Alexithymie-Entwicklung in Kap. II.B).

## 2. Einführung in die psychoanalytische Entwicklungspsychologie – Synopsis der Entwicklung der inneren Erfahrungen

Im Verlauf der Geschichte der Psychoanalyse haben nacheinander verschiedene Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung im Brennpunkt gestanden. Die erste Entwicklungspsychologie war die Theorie der Entwicklungsgeschichte der Triebe, die FREUD in charakteristischen Phasen ablaufen sah. Wie schon in den Vorbemerkungen skizziert, wurde die Triebentwicklung erweitert und ergänzt, letztlich zu einer Gesamtschau der emotionalen Entwicklung unter beinahe vollständiger Vernachlässigung der kognitiven Entwicklung, die einbezogen werden mußte, will man eine Gesamtschau der menschlichen Erfahrung erreichen. Diese Entwicklungswege wurden in den letzten 15 Jahren von den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung in vielen Bereichen in eine rege Diskussion gebracht und teilweise revidiert. Daher sollen in einer Synopsis die Entwicklungstheorien mit einigen wichtigen Ergebnissen der Säuglingsforschung verknüpft werden.

### 2.1 Erstes Lebensjahr

Das menschliche Neugeborene braucht Sättigung, Wärme, es muß gehalten und getragen werden, um die intrauterinen Bedingungen fortzusetzen und die Mängel im «extrauterinen Frühjahr» (PORTMANN, 1969) zu kompensieren. Im gesamten ersten Lebensjahr geht es

um eine gute Kombination von Spannungsreduktion und optimaler Reizzufuhr. Die spannungserzeugenden Erlebnisse kommen überwiegend aus dem Körperinneren, die enterozeptive oder coenaesthetische Wahrnehmung überwiegt. Nach außen existiert ein Reizschutz. Der junge Säugling schläft relativ viel. Daß eine bestimmte Menge an Reizen entwicklungsfördernd wirkt, läßt sich aus der Tatsache ableiten, daß die REM-Phasen des Schlafes in der ersten Zeit über die NON-REM-Phasen überwiegen und allmählich von Wachzeiten des Säuglings abgelöst werden. Der Säugling ist sozusagen von Anfang an auf der Suche nach passenden Reizen, um die mitgebrachten Fähigkeiten zu entwickeln. Trotz des Reizschutzes nach außen kann man wohl nicht länger von einer objektlosen oder autistischen Phase (MAHLER et al., 1975) im ersten Monat sprechen. Die Säuglingsforscher wie STERN (1985) gehen schon von der Geburt an vom sogenannten «kompetenten Säugling» aus (vgl. DORNES, 1993). Dieser erkennt z. B. schon als neugeborener die Mutter am Geruch, hat eine Vorliebe für die menschliche, besonders die mütterliche Stimme und das menschliche Gesicht in 20 cm Entfernung. Er ist imstande, durch eine bestimmte Saugfrequenz Musik einzuschalten und erkennt sich selbst auf einer einfachen Ebene als Autor einer Handlung (erste Kontingenzerfahrung).

Neben dem Mund, der dieser Lebenszeit den Namen *orale Phase* gab, sind die Haut, das Gleichgewichtsorgan und die gesamte Körperoberfläche zur Wahrnehmung der Welt da.

Nach der Vorstellung von MAHLER et al. (1975) leben Mutter und Kind in der Folgezeit (2. bis 5. Monat) im Zustand der *Symbiose*, dann erst wird der junge Mensch psychisch geboren, die *Separations-/Individuationszeit* beginnt, die erst mit etwa drei Jahren und dem Erwerb der sogenannten *Objekt Konstanz* abgeschlossen ist, die dem Kind gestattet, aufgrund einer verinnerlichten festen Beziehung zur Mutter eine Zeitlang getrennt von ihr zu funktionieren.

Die Säuglingsforscher betonen, daß es sich von Anfang an um eine maximale wechselseitige Bezogenheit zwischen Mutter und Kind handelt, in der beide Partner eine Interaktion beginnen und beenden können. Auf keinen

Fall könne man von symbiotischer Verschmelzung sprechen.

Vom 3. Monat an gewinnt die Wahrnehmung über die Augen an Bedeutung (deutlich im sogenannten *Dreimonatslächeln*). Die diakritische, nach außen gerichtete Wahrnehmung überholt die Enterozeption.

Diese Zeit ist für die soziale Entwicklung besonders wichtig: Es geht um die Gesichts-Gesichts-Sozialisation (STERN, 1985), um einen regen Dialog, der instinktnahe stattfindet, bei Störungen der Mutter (innerliche oder äußerliche Abwesenheit) leicht entgleisen kann, wobei die Entgleisungen folgenreiche psychosomatische Erfahrungen für das Kind mit sich bringen. Diese Zeit der ersten Objektbeziehung ist von STERN als die Zeit des auftauchenden Selbstempfindens und die des Kern-Selbstempfindens benannt worden, immer bezogen auf das mütterliche Objekt.

Die Ausstattung des Säuglings mit Affekten – in Gestalt von Primäraffekten ist das Neugeborene mit einer Vielzahl von Affekten ausgestattet (KRAUSE, 1988) – und die Art der Dynamik der mütterlichen Affekte (der Vitalitätsstonus, d.h. die Art, wie die Mutter ihn trägt, bewegt und zu ihm spricht) sind die prägende Matrix des ersten Lebensjahres. Nach drei bis vier Wochen kennt die Mutter ihr Baby und dieses hat seine ersten Erwartungen ausgebildet. Gehen Mutter und Kind zusammen in Intentionen und Verhalten, dann ist das Paar konkordant, zwingt einer dem anderen etwas auf, entsteht Diskordanz. Oftmals beginnt die Mutter, die Zustände des Kindes zu kontrollieren, so können früheste sadomasochistische Mechanismen entstehen.

Die Fähigkeit zum konkordanten Miteinander ist für STERN (1985) die Vorbedingung für die Fähigkeit zu späterem Intimitäts-Erleben. Die Lebenserfahrung in der Zeit des Kern-Selbstempfindens bedingt

- ein Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, sensorische Stimulierung regulieren zu können,
- ein Vertrauen darauf, daß andere dabei behilflich sein können,
- die Erfahrung, daß Erregung zusammen mit einem anderen angenehm sein kann.

Vorläufer von Selbstpathologien sind zu erwarten, wenn ständig sich wiederholende Re-

gulationsdefizite das Kern-Selbstempfinden bedrohen und/oder wenn die Beziehungspartner sehr oft nicht zusammenpassen.

BOWLBY (1988) erforschte das angeborene menschliche *Bindungsverhalten* und fand, daß – mit zahlreichen Parallelen in der Tierverhaltensforschung – im ersten halben Jahr sich ein für einen heranwachsenden Menschen typisches Muster des Bindungsverhaltens herausbildet, das Voraussagen auf zahlreiche spätere Wesensmerkmale erlaubt. Für die Persönlichkeitsentwicklung ist es von entscheidender Wichtigkeit, ob ein Kind sicher, vermeidend oder ambivalent gebunden ist.

In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres geht es um die Entwicklung des subjektiven Selbstempfindens und der ersten Inter-subjektivität. Das Kind entdeckt, daß es innere Erfahrungen mit dem anderen teilen kann. Die Beziehungspartner sehen nicht nur dasselbe, sondern sie sehen es gemeinsam. Das Teilen von Gefühlen mit seelischen Mitteln beginnt. (Das etwa einjährige Kind blickt in die Richtung eines deutenden Fingers und nicht mehr auf den Finger selbst wie zuvor.)

Ein wichtiges Element in dieser Entwicklung ist die *Affektabstimmung*. Der menschliche Säugling bringt die Fähigkeit zur kreuzmodalen Wahrnehmung mit auf die Welt, d.h., er kann Wahrnehmungen aus verschiedenen Sinnesbereichen vergleichen, z.B. taktile, optische und akustische Wahrnehmungen auf Gemeinsamkeiten hin beurteilen. Über diese Fähigkeit kann eine Mutter dem Kind vermitteln, daß sie einen Affektausdruck verstanden hat, ohne daß sie den Affekt des Kindes vollständig imitiert. Sie nimmt ihn vielmehr spielerisch in einer anderen Sinnesmodalität auf, kommentiert z. B. ein lustvolles Schlagen akustisch und läßt das Kind so wissen, daß sie seine expressiv-expansive Freude teilt. Die Affektabstimmung ist ein Vorläufer der *Symbolbildung*, die Mutter antwortet mit einer nonverbalen, affektiven Metapher, einem in einen anderen Modus übersetzten Affekt und drückt damit Gemeinsamkeit aus. Die Affektabstimmung kann aus purem Wunsch nach Gemeinsamkeit von der Mutter initiiert werden, sie kann aber auch dazu benutzt werden, das Kind zu Veränderungen zu

bewegen, es anzuspornen oder zum Aufhören zu veranlassen. So ist z. B. vorstellbar, daß eine Mutter einen Singsang abbricht oder wegguckt, also die Abstimmung verweigert, wenn ihr Kind an den Genitalien spielt und Vergnügen äußert. Auch ohne Verbote lernt ein Säugling so, welche Gefühle teilbar sind und welche nicht.

Die Lebenserfahrung des ersten Lebensjahres läßt sich mit ERIKSON (1959) zusammenfassen als die Entstehungszeit des *Urvertrauens*. Das Kind könnte sein Selbstgefühl beschreiben mit den Worten «ich bin, was ich bekomme», worin die Tatsache des notwendigen Haltens und Wärmens wegen der Frühgeburtlichkeit, der oralen Versorgung, der Affekt Abstimmung ebenso beschlossen ist wie die Vorstellung von einer maximalen wechselseitigen Bezogenheit. Störungen, global mit dem Begriff «*Urmißtrauen*» umschrieben, finden primär somatischen Ausdruck (Unruhe, Verdauungsstörungen, Hauterscheinungen u. a. m.). Die Verhaltenscharakteristika oral-passiv, oral-rezeptiv und oral-aggressiv erleben in dieser Zeit ihre Ausformung.

## 2.2 Zweites und drittes Lebensjahr

Die folgende Zeit, das Kleinkindalter, nach der führenden Erfahrung der Sphinkterkontrolle auch die *anale Phase* genannt, ist zugleich die Zeit, in der sich das verbale Selbstempfinden (STERN, 1985) mit der für den Menschen wohl folgenreichsten Errungenschaft, der Entwicklung der Sprachsymbole, herausbildet.

Die «anal» Erlebniskategorien hergeben/schenken versus verweigern/behalten, aus sich heraus machen, sich gehen lassen versus sich beherrschen («zusammennehmen»), Erfahrung von Ordnung und Zeit, lassen das Ausmaß der intersubjektiven Bezogenheit vereint mit kultur-relevanten Assoziationen erkennen.

Deutlicher als im ersten Lebensjahr werden Forderungen der Umgebung an das Kind herangetragen, das mit zunehmendem Bewegungsraum Grenzen erfährt und erfahren muß zum eigenen Schutz und zum Schutz der Umgebung vor seiner ungebremsten Expansivität.

Erste Überichkeime entstehen («Sphinkter-Moral»). Die Distanz zum versorgenden Objekt wird zunächst durch das sogenannte *Übergangsobjekt* (Kuschelwindel, Teddy) (WINNICOTT, 1976) ermöglicht, dann in sich ständig wiederholendem Spiel eingeübt. Dinge werden weggeworfen und wiedergefunden («weg»-«da»-Spiele). Die Abwesenheit des Objektes ist die Vorbedingung für die Symbolbildung. BION (1962) beschreibt in «Lernen durch Erfahrung» die Wortbildung als die Auswahl eines besonderen mit einer emotionalen Erfahrung des Herbeiwünschens verbundenen Elementes unter Assistenz der Mutter als den entscheidenden Schritt. Die Ähnlichkeit zur Affekt Abstimmung liegt auf der Hand.

Das präverbale Kind erlebt global und einheitlich. Mit der Entwicklung der Sprachsymbole werden die Erfahrungen in zwei Bereiche geteilt, den präverbalen, sensomotorischen und den verbalen Bereich. Die sogenannte *Wiederannäherungskrise*, die MAHLER et al. (1975) als eine Zeit emotionaler Labilität (18. bis 20. Monat) bzw. krisenhafte Reaktion auf das Zerschneiden kindlicher Omnipotenzphantasien verstehen, wird von STERN (1985) auf das Zerschneiden des globalen Erlebens bezogen, das allerdings einschneidend sein kann wie die Vertreibung aus dem Paradies. Das Kind schwankt zwischen präverbalen und verbalen Modi der Bezogenheit und des Selbstgefühls, es kann sich immer wieder daran stoßen, daß es das, was es fühlt, nicht verbal ausdrücken kann. Diese Zeit ist wegen der wachsenden Distanz zum mütterlichen Objekt anfällig für Abstimmungsmängel. Die Distanz zur Mutter wird allmählich durch die innere Repräsentation der Mutter ausgeglichen.

Als Beispiel für die Entstehung der inneren Abbildungsfähigkeit kann das von LICHTENBERG (1991) dargestellte Verhalten des Kindes in den verschiedenen Stadien der Entwicklung seines Selbstempfindens vor einem Spiegel dienen: Ein Kind auf dem Höhepunkt des Kern-Selbstempfindens – einjährig mit einem guten Schuß subjektiven Selbstempfindens – bewegt sich begeistert vor einem Spiegel, weil jede seiner Bewegungen von dem Wahrnehmungsgegenstand (Spiegelbild) beantwortet wird. Das Kind erlebt sich als Schöpfer des

Wahrgenommenen. Im 15. Monat etwa betrachtet das Kind sein Spiegelbild mit nachdenklichem Ernst. Es sieht ein abgegrenztes «Da-Draußen». Eine ihm auf die Stirn geklebte Marke betastet es forschend im Spiegelbild. Erst mit 18 bis 20 Monaten zeigt das Kind, daß das Bild ihm Informationen über es selbst gibt. Es tastet nach der Marke auf der eigenen Stirn, nimmt sie spielerisch ab und klebt sie wieder an. Hier steht der Mensch an der Schnittstelle von sensomotorischer Erfahrung und innerer Repräsentation. KHAN (1990) schreibt: «Am Anfang stehen Handlung und Geste. Phantasien, Gedanken, Träume, Spiel und Vorstellung folgen nach. Die psychische Realität ist etwas Nachträgliches! Handlungen und Gesten rufen sie hervor und bestimmen ihr Schicksal und ihr Los.»

Die Bedeutung der sensomotorischen Erfahrung für die seelische Entwicklung wird besonders in dieser Zeit deutlich. Am Ende der analen Zeit entscheidet sich, ob die motorisch-expansive Welteroberung der Kleinkindphase primär mit Schöpferkraft lustvoll erlebt wird oder ob dem positiv getönten Adgredi, der Grundform der Aggression, das Erleben von Destruktivität unterlegt wird, weil die Eltern die Autonomieentwicklung des Kindes nicht ertragen können oder weil die äußeren Lebensbedingungen ungünstig sind (Kriege, Bunkeraufenthalte). Das Kleinkind könnte nach gut durchlaufener analer Entwicklungsphase sein Selbstgefühl beschreiben mit den ERIKSON'schen Worten «Ich bin, was ich will» und damit zum Ausdruck bringen, daß *Autonomie-Erleben* überwiegt und nicht Scham und Zweifel die Oberhand gewonnen haben.

### 2.3 Vorschulkind (4. bis 6. Jahr)

Nachdem die orale und die anale Basiserfahrung, die Kontakt- und Selbstbehauptungsfähigkeit als Grundfunktion (das «Nein» und das «Ich») im Erfahrungsschatz verankert sind, verlagert sich, herkommend von der analen und urethralen Triebdynamik, das Lust-erleben auf die Genitalien (infantile genitale Phase, *phallisch-ödipale Phase*).

Eine starke Entwicklung der Phantasie und des Vorstellungsvermögens wird durch die

verbale Symbolisierungsfähigkeit möglich. ERIKSON (1959) beschreibt die Selbstvorstellung des Kindes in dieser Zeit durch die Worte: «Ich bin, was ich mir vorstellen kann.»

Durchgangsphase für beide Geschlechter ist die Auseinandersetzung mit bisexuellen Phantasien, wie es aus zahlreichen Kinderzeichnungen dieses Alters hervorgeht, vor allem bezogen auf das mütterliche Objekt.

Das männliche *Kind macht sich dann* u.a. eine Vorstellung über eine intime Beziehung zur Mutter, gerät in Rivalität zum Vater. Der Konflikt (nach FREUD der *Ödipuskonflikt*) entsteht dadurch, daß der kleine Junge den Vater aber auch liebt. Das Mädchen will die kleine Frau des Vaters sein, phantasiert, von ihm Kinder zu empfangen, rivalisiert so mit der Mutter. Zugleich liebt es natürlich (immer noch) die Mutter. Für beide Geschlechter wird das scharfe Rivalisieren im günstigen Fall dadurch überwunden, daß sich das Kind mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil identifiziert. Die unerfüllbaren Sexualphantasien werden teils verdrängt, teils sublimiert, d. h. auf sozial anerkannte Dinge und Personen verlegt.

Bei jedem Kind in der ödipalen Phase gibt es in unterschiedlicher Ausprägung auch die sogenannte *negative ödipale Einstellung*, die Liebe zum idealisierten gleichgeschlechtlichen Elternteil, die Grundlage einer späteren homosexuellen Einstellung werden könnte.

Mit der Überwindung des Ödipuskonfliktes entsteht aus Vorläufern das Gewissen. Die Ausbildung von *Über-Ich* und *Ich-Ideal* bringen die frühe Trieb- und Objektbeziehungs-entwicklung zu einem gewissen Abschluß.

Das Ich des Kindes ist nun frei zum Lernen, das Kind tritt in die *Latenzphase* ein, wird ein Schulkind, das mit ERIKSON bei gutem Entwicklungsverlauf als aktives, fröhliches, zärtliches und neugieriges «Latenzkind» sein Selbstgefühl charakterisieren könnte mit den Worten «Ich bin, was ich lerne» (Leistung versus Minderwertigkeit).

Die folgenden Entwicklungsphasen sind für die psychoanalytische Therapie zweifellos interessant, jedoch nicht so sehr für grundsätzliche Behandlungsfragen wie für spezielle. Der Leser wird daher auf spezielle entwicklungspsychologische Werke verwiesen. Die ödipalen und – für psychosomatische Fragestellungen ganz besonders – die präödipalen

Lebenserfahrungen eines Menschen stehen in der Behandlung im Zentrum.

Die frühesten mentalen Repräsentationen bestehen nicht aus Bildern oder Symbolen, sondern sind präsymbolische, psychobiologische Aufzeichnungen, die mit *Primäraffekten* (KRAUSE, 1988) besetzt sind. Diese Primäraffekte (occurring emotions) drängen sensomotorisch auf Wiederholung im Gegensatz zu den symbolisch umgeformten *Affektsignalen* (experienced emotions), die ein Mensch im Zuge seiner Symbolisierungsfähigkeit erwirbt. Dieser Gedanke verleiht dem Konzept des Wiederholungszwanges ein neues Gewicht (KINSTON u. COHEN, 1986). Für diese Autoren ist der unbewältigte und daher unsymbolisierte sensorische Affekt und nicht der Todestrieb, wie FREUD annahm, die biologische Wurzel des Wiederholungszwanges.

«Den biologischen Wurzeln, den körpernahen sensorischen Affektempfindungen, wird eine elementare Kraft zugeschrieben, die symbolische Repräsentationen und symbolisch encodierte Affekte nicht in gleichem Maße haben. Der mutmaßliche Grund dafür ist, daß Symbolisierungen eher der selbst-reflexiven und kommunikativen Korrektur zugänglich sind, während präsymbolische Erfahrungen dazu erst symbolisiert werden müssen. Dieser schwierige und möglicherweise immer unvollständige Prozeß macht die psychoanalytische Arbeit mit schwergestörten und psychosomatischen Patienten so langwierig» (DORNES, 1993, S. 192).

Diese Gedanken werden am Ende der Überlegungen über die therapeutischen Techniken nochmals eine Rolle spielen, nämlich beim Nachdenken über Therapiemaßnahmen, die der nachträglichen Symbolisierung möglicherweise hilfreich sind.

### 3. Allgemeine psychoanalytische Behandlungstheorie – Die Psychoanalyse im klassischen Setting

Die Gesamtheit der Erfahrungen eines Menschen, die Art, wie diese in ihrer Entstehungsgeschichte seine Gefühle, Phantasien und

Motivationen bedingten, wie sie zu unbewußten Konflikten führten und als solche den ständigen Prozeß der inneren und äußeren Anpassung beeinflussen, sind Gegenstand der psychoanalytischen Behandlung. Als auf Heilung abzielender Prozeß hat die Therapie das Ziel, die krankmachenden unbewußten Erfahrungsabkömmlinge dem Bewußtsein zugänglich und damit, soweit möglich, verstehbar und handhabbar zu machen. Dann hat der Patient die Möglichkeit, die Erfahrungen neu zu organisieren oder durch Umorganisation Spannungen und Unverträglichkeiten zu verringern.

Die Art und Weise, wie ein Mensch seine Erfahrungen reguliert, wie er Triebbedürfnisse erfüllt, narzißtische Strebungen nach Sicherheit und Wohlbefinden sucht, und wie er die Beziehungen zu den wichtigen Objekten seiner Geschichte gestaltet, hat zu einem differenzierten Theoriegebäude innerhalb der Psychoanalyse geführt, über die psychischen Strukturen, die Ich-Funktionen, die Objektbeziehungen und die Theorie von der Regulation des Selbstgefühls. Die Theoriesysteme wurden kurz unter dem Entwicklungsaspekt erwähnt. Eine ausführliche Erörterung würde den Rahmen einer «praktischen Psychosomatik» sprengen. Erwähnt sei lediglich, wie auch MEYER (in Kap. II.A) betont, daß die theoretischen Schwerpunkte auch die Behandlungsschwerpunkte bestimmen. «Die» Psychoanalyse und «die» psychoanalytische Therapie gibt es somit nicht mehr, sondern verschiedene Schulrichtungen.

Eine allgemeine Behandlungstheorie wird von diesen Theorieschwerpunkten absehend drei Aspekte klären:

3.1 Behandlungsziel

3.2 Behandlungsweg

3.3 Behandlungsindikation

Gegenstand wird die Psychoanalyse im klassischen Setting sein, also die Analyse im Liegen auf der Couch, die in der Regel hochfrequent über einen langen Zeitraum durchgeführt wird.

#### 3.1 Behandlungsziel

Allgemeinste und verblüffend einfache Zielsetzung der psychoanalytischen Kur war für FREUD die Fähigkeit, arbeiten und lieben zu können (FREUD, 1916/17). In der Tat gehen praktisch alle neurotischen Störungen mit

Einbußen auf dem Feld der Arbeits- und/oder Liebesfähigkeit einher.

Für die meisten Patienten geht es um die Beseitigung konkreter Symptome, welche sich meist auf grundsätzlichere Störungen zurückführen lassen, die mit bestimmten aufzudeckenden Erfahrungen des Patienten zusammenhängen. Eine reine Symptomheilung ist niemals Ziel einer psychoanalytischen Therapie. Tritt sie schnell ein, kann sie die Flucht in die Gesundheit bedeuten, wie der Zahnschmerz bekanntlich häufig von der Türklinke des Zahnarztes geheilt wird. Rasante Symptomverbesserungen sind immer verdächtig auf Grandiositätsansprüche auf seiten des Patienten oder des Therapeuten. Viele sogenannte symptomorientierte Therapieangebote auf dem Psychomarkt gehen auf solche Größenphantasien zurück. Die Suche nach Befreiung von Konflikten durch ein Wochenendmarathon ist meist eine wenig tragfähige Identifizierung mit Allmachtsphantasien des Therapeuten.

Die lebensgeschichtliche Aufarbeitung führt von kurzgegriffenen therapeutischen zu analytischen Zielen, die darauf ausgerichtet sind, Entwicklungshemmungen aufzuheben, welche sich auf sehr unterschiedliche Entwicklungslinien beziehen können. Das von FREUD (1933) angegebene Ziel: «Wo Es war, soll Ich werden», wurde von GREENSON (1967) präzisiert als «die Vergrößerung der relativen Ich-Stärke in bezug auf das Über-Ich, das Es und die Außenwelt».

In einer zusammenfassenden Übersicht über die neuere psychoanalytische Literatur kommen MC GLASHAN und MILLER (1982) zu einem breitgefächerten Katalog von möglichen Zielvorstellungen der psychoanalytischen Therapie.

Die Entwicklungsziele, die von den Autoren angesprochen werden, lassen sich am einfachsten in die ERIKSON'schen Entwicklungsaufgaben fassen: Im weitesten Sinne geht es um die Etablierung von Urvertrauen, Autonomie, Initiative, Leistung, Identität, Intimität, Generativität und Ich-Integrität.

Dies sind freilich idealtypische Ziele, denen sich die seelischen Strukturen eines Menschen nur annähern können. Dabei sollte es parallel – so die psychoanalytische Vorstel-

*Tabelle 1: Überblick über Zielvorstellungen der Psychoanalyse (nach MC GLASHAN und MILLER 1982, zit. n. MERTENS Bd. 1, 1990, S. 130).*

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Entwicklungshemmungen aufheben | Urvertrauen und Sicherheit<br>Trennung und Individuation<br>Gewissen<br>konstruktive Aggression<br>Sexualität                                |
| Aspekte des Selbst             | Selbst-Verantwortlichkeit<br>Selbst-Identität<br>Selbstwertgefühl  |
| Bezogenheit auf Mitmenschen    | Außen- vs. Innenorientierung<br>Beziehung zu den Eltern<br>Beziehung zu Gleichaltrigen und Gruppen<br>Empathie<br>Intimität<br>Generativität |
| Akzeptierung der Realität      | verringerte Omnipotenz<br>Fähigkeit zum Trauern<br>Triebkontrolle und Frustrationstoleranz<br>Loslassen können<br>Realitätsprüfung           |
| Erlebnisfülle und Lebendigkeit | Gefühle<br>Energie<br>Entspannung<br>Fähigkeit zur Freude  |
| Coping-Mechanismus             | Abwehrmechanismen<br>Soziokulturelle Anpassung und Veränderung   |
| Integrative Kapazität          | Ambivalenztoleranz<br>kognitive Ökonomie<br>Übergangs-Kapazität  |
| Selbstanalytische Fähigkeiten  | Selbstbeobachtung und Selbstanalyse<br>Auflösung der Übertragung   |

lung und Erfahrung – zu einem schrittweisen Rückgang der Symptome kommen.

Erreichbar sind diese Ziele durch den Aufbau, die Durcharbeitung und die Auflösung der sogenannten *Übertragungsneurose*.

Die Arbeit an der *Übertragung* ist seit FREUD das Zentrum der psychoanalytischen Therapie. Die Übertragung ist das Kernstück der

Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die sich in der besonderen zwischenmenschlichen Begegnung, die eine Behandlung bedeutet, regelmäßig einstellt bzw. aufbauen sollte. Mit Übertragung ist ein ubiquitäres Phänomen gemeint, die Tatsache, daß jeder Mensch Erfahrungen mit wichtigen Personen aus früheren Lebenssituationen auf Personen und Situationen seiner Gegenwart überträgt. Wir finden die Übertragung als eine Spielart der allgemeinen menschlichen Fähigkeit, Übereinstimmungen von Merkmalen zu erkennen und herauszugreifen und somit frühere Erfahrungen zu verallgemeinern (KÖNIG u. LINDNER, 1991). Diese menschliche Grundeigenschaft ist die Vorbedingung für Lernprozesse ganz allgemein. Schon der Säugling ist einerseits bestrebt, Vertrautes wiederzufinden, aber auch Neues kennenzulernen und mit dem Vertrauten zu vergleichen. Die Lernerfahrung ist umso intensiver, je günstiger das Verhältnis zwischen Vertrautem und Neuem ist, bezogen auf das jeweilige Entwicklungsalter. Je wichtiger und prägender Beziehungserfahrungen für einen Menschen sind, desto eher dienen sie als derartige Vergleichsmaßstäbe. Je prägender eine Beziehungserfahrung, um so mehr wird sie wieder gesucht und in einem Menschen, der sich nur wenig mit seinen persönlichen Eigenschaften zu erkennen gibt, wiederbelebt. Letzteres sollte bei einem Psychoanalytiker erfüllt sein (s. u. Abstinenzforderung). Er bietet sich seinem Patienten so als Objekt der Übertragung an. Der Patient wiederholt an der Person des Therapeuten Aspekte seiner wichtigen früheren Beziehungen – eigentlich irrt er sich dabei sowohl in der Person als auch in der Zeit, aber dieser Übertragungsirrtum ist therapeutisch ungeheuer fruchtbar. Die Übertragungsbereitschaft, durch die besonderen Behandlungsbedingungen gefördert, ermöglicht das, was FREUD in «Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten» im Kern schon 1914 erkannt hat:

«Wenn der Patient nur so viel Entgegenkommen zeigt, daß er die Existenzbedingungen der Behandlung respektiert, gelingt es uns regelmäßig, allen Symptomen der Krankheit eine neue Übertragungsbedeutung zu geben, seine gemeine Neurose durch eine Übertragungsneurose zu ersetzen, von der er durch die therapeutische Arbeit geheilt werden kann. Die

Übertragung schafft so ein Zwischenreich zwischen der Krankheit und dem Leben, durch welches sich der Übergang von der ersten zum letzteren vollzieht. Der neue Zustand hat alle Charaktere der Krankheit übernommen, aber er stellt eine artefizielle Krankheit dar, die überall unseren Eingriffen zugänglich ist. Er ist gleichzeitig ein Stück des realen Erlebens, aber durch besonders günstige Bedingungen ermöglicht und von der Natur eines Provisoriums» (S. 134).

Das «Entgegenkommen» des Patienten hat einmal zum Inhalt, daß er Rat und Hilfe für seine Beschwerden sucht, darüber hinaus schreibt er einem anderen Menschen die Fähigkeit zu, ihm zu helfen. Diese Einstellung hängt eng mit dem Phänomen der *Regression* zusammen. Regression meint eine ebenfalls ubiquitäre menschliche Eigenschaft, nämlich die Neigung, auf infantile Wunschformationen oder Verhaltensweisen zurückzugreifen, im Falle der Suche nach Behandlung, kindliche Wünsche nach Hilfe und Unterstützung an einen anderen Menschen zu richten.

Regression und Übertragung sind eng miteinander verbunden, beide Konzepte machen noch einmal in nuce klar, daß Psychoanalyse Entwicklungspsychologie ist.

Die Durcharbeitung der Übertragungsneurose hat das Ziel, die Übertragung aufzulösen, d. h. so viel neue Erfahrungen mit dem Analytiker zu sammeln, daß der Irrtum in der Person und in der Zeit korrigiert werden kann und der Patient damit ein autonomer Partner des Therapeuten wird. Dabei geht es um Erfahrung auf verschiedenen Ebenen, was bei der Betrachtung des Behandlungsweges, der Therapiemethode verdeutlicht werden soll. Die «Auflösung der Übertragung» ist ebenso ein Ideal wie die anderen Behandlungsziele, dem sich Patient und Therapeut nur annähern können; vollständig wird es niemals erreicht.

### 3.2 Behandlungsweg

Die psychoanalytische Behandlung geschieht im Dialog zwischen Analytiker und Patient. Die beiden Partner verabreden den Behandlungsrahmen, zu dem Setting und Frequenz als Bestandteile gehören (vgl. Kap. II.B).

Die solide Verabredung der *Rahmenbedingungen* (Zeit, Regelung von Therapieausfall,



Urlaub, Bezahlung usw.) sind deshalb so wichtig, weil sie die verlässlichen Realitätsbedingungen für den virtuellen Raum der Übertragungsbeziehung abgeben, das Zwischenreich zwischen der Krankheit und dem Leben. Damit alles, was ein Patient innerhalb der Therapie sagt, tut oder unterläßt, als Material betrachtet werden kann, das in einem Bedeutungszusammenhang zu seinen Beziehungserfahrungen (alte und neue) gehört, muß der Rahmen der Therapie fest und so zuverlässig wie möglich sein.

Die Verabredung der *Grundregel* hält den Patienten an, alles auszusprechen, was ihm in den Sinn kommt, und alle Einfälle zu äußern, auch wenn peinliche, scheinbar nicht hergehörige oder unzusammenhängende Inhalte auftauchen. Auf diese Weise entsteht *freie Assoziation*, ein bunter Flickenteppich, aus dem heraus sich die Abkömmlinge des Unbewußten, die Konfliktbestandteile (Wünsche, Ängste, Abwehrmechanismen) herauslesen lassen. Das Befolgen größtmöglicher Offenheit ist eine Idealforderung, welche auf der Couch, also bei einer Analyse im Liegen, leichter erfüllbar ist als im Vis-a-vis-Sitzen, weil beispielsweise die mimische Reaktion des Therapeuten keinen Einfluß haben kann. Der regressionsfördernde Effekt des entspannten Liegens wurde schon erwähnt.

Die verbalen Interventionen des Analytikers gehen in drei Schritten vor sich. Sie bestehen in der sogenannten *Konfrontation*, der *Klärung* und der *Deutung*, wobei die beiden erstgenannten die Deutung, also das Bedeutung-Verleihen der erkannten und bisher unbewußten Zusammenhänge, vorbereiten sollen: Der Analytiker konfrontiert den Patienten mit einem bestimmten Inhalt und stellt ihn so sich selbst gegenüber. Wenn Ergänzungen unerlässlich sind, «klärt» er durch Fragen oder eigene Assoziationen. Schließlich stellt er den Bedeutungszusammenhang durch die Interpretation des vorbewußten Verhaltens oder des unbewußten Materials her. Je nach dem, was sich zur Deutung anbietet, handelt es sich um eine inhaltliche oder um eine auf die Übertragung bezogene Deutung.

Entgegen der verbreiteten Laienerwartung (Medien, Filme) spielt das Aufspüren ver-

schütteter Erinnerungsinhalte eine geringere Rolle.

Eine Chance, unbewußte Prozesse sichtbar zu machen, ist die Arbeit mit dem *Traum*. Als «Königsweg zum Unbewußten» (FREUD, 1900) hat der Traum ursprünglich eine herausragende Stellung in der Psychoanalyse, was zahlreiche Therapeuten veranlaßt hat, die Arbeit mit dem isolierten Traum überzubewerten und den Traum nicht in das Übertragungsgeschehen einzubeziehen, ja nicht einmal die Einfälle des Träumers abzuwarten, sondern den isolierten Traum zu «deuten», wobei sie sich am vermeintlichen Symbolgehalt des manifesten Traumes orientieren. Derartige gehört eher in die Trickkiste des populärpsychologischen «Deutungskünstlers». Mit Einbindung in das analytische Geschehen ist die Arbeit am Traum aber eine wertvolle Quelle für Aufschlüsse über insbesondere lebensgeschichtlich frühe, unter Umständen traumatische Erfahrungen oder Konflikte.

Diejenige Übertragung, die den Patienten im Sinne eines Arbeitsbündnisses aufnahmebereit sein läßt für die analytische Arbeit, ist die sogenannte milde positive Übertragung.

Im günstigen Fall ist der Patient offen für die Interpretationen des Analytikers. Dennoch gibt es in jedem Patienten unbewußte Kräfte, die dem analytischen Prozeß entgegengerichtet sind. Es sind dieselben, die seinerzeit im Sinne einer Kompromißbildung zur Entstehung der Symptome führten, um ein Anwachsen von Angst beim Bewußtwerden innerer Konfliktanteile zu verhindern. In der Zeit der Symptomentstehung setzte das Ich des (späteren) Patienten Abwehrmechanismen ein, um Angst oder Unbehagen zu verringern. In der analytischen Kur tritt deswegen ein *Widerstand* auf, d. h., der Patient sperrt sich unbewußt gegen die Therapie. Das könnte so aussehen, daß ihm «nichts einfällt» oder er pausenlos redet, weil er unbewußt vom eigentlichen Konflikt ablenken möchte. Der Analytiker zeigt ihm, daß ein Widerstand da ist (Widerstandsdeutung), dann zeigt er ihm, in welchen Gestalten dieser Widerstand auftritt, und zuletzt sagt er ihm, was abgewehrt wird.

Der Widerstand wird häufig handelnd zum Ausdruck gebracht. Solches Handeln (zu spät

kommen, mit einem Geschenk kommen o. ä.) nennt man *Agieren*. Das Agieren ist deutbares analytisches Material, ebenso wie das gesprochene Wort. Nimmt das Agieren überhand – FREUD sprach vom *Wiederholen*, das der Bearbeitung im Wege steht –, so kann die analytische Arbeit in Frage gestellt sein. Störungen, bei denen das Agieren stark und anhaltend im Vordergrund steht, d. h. der Patient sehr auf das Aushandeln des Konflikts angewiesen ist (z. B. ein Süchtiger auf das Zuführen seines Suchtmittels), sind nicht durch analytische Arbeit allein zu beheben.

Damit der Patient nicht nur im Zwischenreich zwischen der Krankheit und dem Leben lebt, sondern auch den Übergang ins Alltagsleben nach den Behandlungsstunden vollziehen kann, braucht er die *therapeutische Ich-Spaltung*. Diese ermöglicht ihm, mit dem Analytiker einerseits alle infantilen Wünsche, verzerrten Wahrnehmungen und unbewußten Abkömmlinge zu erleben, andererseits aber auch das Unterstützende und Akzeptierende des Analytikers in der Behandlung zu sehen.

Als «Grundregel für den Analytiker» (RACKER, 1959) gilt, den Einfällen des Patienten mit *gleichschwebender Aufmerksamkeit* zu folgen. In dieser Haltung, die nicht so viel Beliebigkeit birgt, wie es scheinen mag, hält der Analytiker sein eigenes Unbewußtes zur Verfügung und bildet in einer beständigen dialektischen Spannung zu seinem theoretischen Wissen seine Hypothesen über die unbewußten Zusammenhänge. Nach GREENSON (1967) ist «das einzigartige und wichtigste Arbeitsgerät des Psychoanalytikers das Funktionieren seines eigenen Vorbewußten und Unbewußten». Damit ist die emotionale Reaktion des Analytikers auf die Übertragung und auf das Gesamtverhalten des Patienten gemeint, die sogenannten *Gegenübertragung*, als wichtiges diagnostisches Instrument. Um innerhalb der Gegenübertragung die vom Patienten induzierten Gefühlsreaktionen von der eigenen zu unterscheiden, die dem persönlichen Leben des Analytikers entstammen, also eigentlich privat sind, ist eine gute Kenntnis der eigenen Konflikte auf seiten des Analytikers notwendig. Diese kann nur im Rahmen einer sorgfältigen eigenen Psychoanalyse entstehen. Die Selbsterfahrung in der *Lehrana-*

*lyse* ist eine unabdingbare Voraussetzung für psychoanalytisches Therapieren, ja für Psychotherapie überhaupt. Die Selbsterfahrung bringt den Analytiker erst in die Lage, die *Abstinenzforderung* erfüllen zu können. Das heißt, daß der Dialog die einzige oder fast die einzige Kommunikation zwischen den beiden Analysepartnern ist, was bedeutet, daß es zwischen beiden keine andersartige Form von Befriedigung geben kann. Wünsche sollen in der Analyse nicht befriedigt, sondern verstanden und integriert, d. h. in den Entwicklungszusammenhang eingereiht werden.

Alles was dieser Art von Einsicht unmittelbar dient, gilt nach GREENSON (1967) als «analytisch». LUBORSKY (1988) faßt diese therapeutischen Elemente als aufdeckende Behandlungselemente zusammen. Verhalten oder technische Maßnahmen, die der Einsicht nicht direkt dienen, aber spätere Einsicht ermöglichen, nennt Greenson «nicht analytisch». LUBORSKY spricht hier von «supportiven» Therapieelementen und weist darauf hin, daß diese Elemente in der Therapie nie fehlen und Voraussetzung für eine «hilfreiche Beziehung» sind, die in jedem Fall das nützliche und tragfähige Arbeitsbündnis kennzeichnen. Dies deckt sich mit der Überzeugung, auf die später eingegangen wird, daß bestimmte nicht-analytische Therapieelemente bei bestimmten Patienten notwendig sind, um analytisches Arbeiten überhaupt zu ermöglichen. Nicht-analytisch, aber der Analyse nützlich, wäre z. B. die Abreaktion eines Affektes, wonach die Ich-Funktionen zur Einsicht frei werden könnten.

Als «antianalytisch» bezeichnet GREENSON Maßnahmen, die einer Einsicht entgegenlaufen, wie z. B. die Gabe von beruhigenden Medikamenten oder eine verbale Beruhigung durch den Therapeuten.

Bei der Abstinenzregel geht es nicht allein darum, die Wünsche des Patienten nicht zu erfüllen, damit sie dem Verständnis zugeführt werden können, sondern auch die des Therapeuten. Er darf nicht auf Anerkennung oder gar Lob durch den Patienten angewiesen sein. Wenn er durch die Wut des Patienten geängstigt ist, sich durch die Verweigerung enttäuscht oder entwertet fühlt, so muß er dies als Gegenübertragungsreaktion verstehen, die ihn auf keinen Fall handeln läßt. Während der Patient bis zu einem gewissen Grad agieren darf, ist dem Analytiker dies nicht erlaubt, wenn er nicht die Auflösung der Übertragungsneurose unmöglich machen will, weil er hilft, sie real zu etablieren, aus dem «Zwischenreich» in die reale Beziehung zu brin-

gen. Dies und nicht das vielgescholtene, kühl distanzierte «Pokerface» ist der Sinn der Abstinenzregel, die vielleicht am stärksten zu jenem mystifizierten Image der Psychoanalyse beigetragen hat. Die Abstinenzregel besagt auch, daß alles, was der Patient sagt, besprochen wird, daß aber nicht in wertender oder hinterfragender Art und Weise darauf eingegangen wird, es sei denn, das Hinterfragen dient der Konfrontation und Klärung.

Die analytische Therapie im klassischen Setting mit dem Ziel der Etablierung, Durcharbeitung und Auflösung der Übertragungsneurose geht in der Regel über mehrere Jahre in einer Frequenz von drei bis fünf Wochenstunden. Als Krankenbehandlung wird sie in einer Frequenz von drei Stunden pro Woche aufgrund eines Kassenantragsverfahrens nach Genehmigung durch einen Gutachter finanziert. Die Grenze der von einer Krankenversicherung übernommenen Leistungen liegt bei 300 Stunden.

Bei der Beendigung einer Analyse spielt das Behandlungsziel der Entwicklung selbstanalytischer Fähigkeiten eine herausragende Rolle. Wenn sich der Analysand fragt, ob er ohne die Hilfe des Analytikers zurechtkommen wird, stößt er meist selbst darauf, daß er die gemeinsam geübte Art der Klärung und der Konfliktlösung schon seit geraumer Zeit auch allein einsetzen kann. Die *Selbstanalyse* schon im Verlauf der Therapie zu üben, ist dazu wichtige Vorbedingung. Nicht der Analytiker, sondern der Patient bestimmt das Tempo. Die Deutung wird nicht als glänzende Überraschung gegeben (narzißtischer Gewinn des Therapeuten), sondern erst dann, wenn der Patient sie sich fast schon selbst geben könnte. So wächst im Patienten das Gefühl, in der Erforschung seiner unbewußten Konfliktursachen selbst aktiv und erfolgreich zu sein.

### 3.3 Behandlungsindikation

Über den Begriff der *Analysierbarkeit* ist viel diskutiert worden. Einseitig verwendet, als Urteil des Therapeuten über den Patienten, führt er eher in die Orientierungslosigkeit bzw. zum Eindruck des Willkürlichen und trägt zum Vorwurf des Geheimbündlerischen

oder Mystischen bei, welcher der Psychoanalyse immer wieder gemacht wird.

Seit Begründung der Psychoanalyse wurde um die möglichst konkrete Beschreibung des geeigneten Analysepatienten gerungen. Ursprünglich sollten nur Personen in eine Analyse genommen werden, die zur Ausbildung einer Übertragungsneurose fähig waren. Da dies jedoch bei dem einen Analytiker anders sein kann als bei einem anderen, ist es vor allem für einen Nichtpsychotherapeuten, etwa den Hausarzt, an den sich der Patient primär gewandt hat, schwer einzuschätzen, und der Ruf, nur der «Yavis-Patient» sei gefragt (young, attractive, verbal, intelligent, successful), fand weite Verbreitung und stärkte die vorgefaßte Ablehnung der Psychoanalyse.

Nosologische Kriterien, die Symptombdiagnose, die Persönlichkeitsstruktur, die Ich-Reifung, das Niveau der erreichten Objektbeziehung – ob der Beziehungspartner als selbständiger Mensch erlebt werden kann oder ob er bloßes bedürfnisbefriedigendes Objekt geblieben ist – ermöglichen zusammen genommen eine gewisse Vorentscheidung. Demnach ist der «ideale» Patient für eine Psychoanalyse im klassischen Setting ein neurotischer Patient (hysterische Störung, Angst- oder Konversionshysterie, Zwangsneurose, neurotische Depression), der bezogen auf seine Ich-Funktionen (d.h. sein Funktionieren in der Außenwelt), seine Objektbeziehungen, seine Fähigkeit zu regredieren, seine Abwehrmechanismen nicht extrem beeinträchtigt ist. Bei zu starker Beeinträchtigung ist zu erwarten, daß die Entbehrungen der Psychoanalyse, das Ausbleiben von Wunscherfüllungen zugunsten von Deutungen, das Liegen und damit der Verzicht auf die optische und die motorische Kontrolle über die Situation den Patienten eher behindern oder zum Agieren zwingen.

Die Notwendigkeit, entsprechend den aufgezählten Indikationskriterien in wenigen Untersuchungsgesprächen die wesentlichen Prädiktoren zu erkennen, stellt den Analytiker vor eine schwierige Aufgabe, vor allem, wenn er eingedenk der Tatsache, daß jede diagnostische Einordnung auch der eigenen Angstabwehr dient, eine allzu frühe Festlegung vermeidet. Er selbst ist dann gefragt mit seiner

Bereitschaft und Fähigkeit, den Analysanden analytisch zu involvieren. «Analysierbarkeit wird immer mehr zu einem interaktionalen Prozeßbegriff, der die Persönlichkeit und das Handeln des Psychoanalytikers genauso umfaßt wie strukturelle und motivationale Voraussetzungen auf Seiten des Patienten» (MERTENS, 1990, S. 186).

Das Untersuchungsgespräch oder *Erstinterview* (s. Kap. III.A) ist immer schon ein Stück Behandlung bzw. sollte dem Patienten eine Vorstellung ermöglichen, was in der Therapie geschieht. Als wichtigster Prädiktor für die Behandlung hat sich nach einer Reihe von Untersuchungen die persönliche Wertschätzung herauskristallisiert, die ein Analytiker einem Patienten gegenüber fühlt, wobei Übertragungs-/Gegenübertragungsparameter ebenso eingehen wie das ganz allgemeine Zusammenpassen von Alter, Geschlecht und Persönlichkeit der beiden Beziehungspartner.

Der «ideale Analytiker» bringt neben einer Beherrschung der Technik, der Fähigkeit, die Abstinenzregel zu respektieren, ohne unpersönlich zu sein, als allgemein wichtige Therapeutenmerkmale ein gutes Einfühlungsvermögen bei einer reifen allgemeinen menschlichen Kompetenz in die Behandlungsbeziehung ein.

Die Psychoanalyse mit ihren Zielvorstellungen, Methoden und Indikationsfragen wurde deshalb so ausführlich dargestellt, weil sie die «Elterndisziplin» (LUBORSKY, 1988) all derjenigen Behandlungsformen ist, die nun besprochen werden sollen. Diese Behandlungsverfahren haben sich alle von der Psychoanalyse aus entwickelt und tragen in ihren Veränderungen bestimmten Patientenmerkmalen Rechnung, sind also mit bestimmten Differentialindikationen entwickelt worden.

#### 4. Von der Psychoanalyse abgeleitete Therapieverfahren

Seit 1967 ist in der Bundesrepublik Deutschland Psychotherapie im Rahmen der kassen-

ärztlichen Versorgung möglich. In den «Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung» in der Neufassung vom 3. Juli 1987 ist von psychoanalytisch begründeten Verfahren die Rede. Diese werden im Verordnungstext unterteilt in «*analytische Psychotherapie*» und in «*tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*». Eine gewisse nomenklatorische Unklarheit entsteht dadurch, daß vielerorts auch von psychoanalytisch oder kurz analytisch orientierter Psychotherapie die Rede ist, besonders wenn Abwandlungen im Setting (Gruppen- oder Familientherapie) beschrieben werden. Hier werden die Begriffe der «Richtlinienpsychotherapie» verwendet (vgl. Tab. 2).

Analytische Psychotherapie und Psychoanalyse im klassischen Setting (s. Abschn. 3.) sind für viele Autoren identisch mit der Einschränkung, daß die analytische Psychotherapie von den Krankenkassen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit bezüglich der Dauer und auch bezüglich der Stundenfrequenz pro Woche von vornherein limitiert wird. Wenn der Patient in der Lage ist, nach Auslaufen der «Kassenfinanzierung» seine Analyse selbst weiterzubezahlen, ist die Gleichsetzung vollständig. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, dann kann die Lösung nur die sein, daß bei der analytischen Psychotherapie am «Gegenwertsunbewußten» (SANDLER u. SANDLER, 1988) orientiert gearbeitet wird, daß das Ausmaß der therapeutischen Regression begrenzt und die Übertragung nicht so sehr auf die frühen Bezugspersonen zurückgeführt wird. Allerdings ist eine nicht kleine Zahl erfahrener Analytiker der Auffassung, daß hier «Zweiklassenpsychoanalyse» entstanden ist.

Die Richtlinien der Krankenkassen sehen vor, daß analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Indikationsstellung bei den Krankenkassen beantragt werden. Die über eine Chiffre vom Patientennamen befreiten Anträge werden durch von den Krankenkassen ernannte Gutachter überprüft und in festgelegten Abschnitten genehmigt (FABER u. HAARSTRICK, 1988), ein Verfahren, das der Qualitätssicherung dient.

#### 4.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

In der Nomenklatur der Krankenkassen ist die «*tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*» eine Sammelbezeichnung für alle kürzeren Therapieformen der verschiedenen, nach ihren Begründern, wie z. B. FREUD, ADLER, JUNG und SCHULTZ-HENCKE, genannten Schulen (s. Kap. II.A). Gemeinsam ist ihnen die psychodynamische Sichtweise, die Anerkennung der unbewußten Motivationen und der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, wenn auch teilweise unter anderer Benennung.

Im nachfolgenden wird die Form der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie dargestellt, die unter Psychoanalytikern Freudianischer Ausrichtung und der Gruppe der psychoanalytisch orientierten Psychotherapeuten

(Träger der Zusatzbezeichnung «Psychotherapie» nach Weiterbildung an einem Weiterbildungsinstitut) praktiziert wird.

Bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie findet der therapeutische Dialog im Gegenübersitzen in einer Frequenz von ein bis zwei Wochenstunden oder auch mit größeren Zeitintervallen statt.

In Tabelle 2 findet sich eine Gegenüberstellung von analytischer Psychotherapie (Psychoanalyse im klassischen Setting im Sinne der Psychotherapierichtlinien) und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, die als Einzeltherapie oder in der Gruppe (s. Abschn. 4.3), auch in verkürzter, fokussierter Form (s. Abschn. 4.2) möglich ist. In den beiden Kommentar-Kästen wird deutlich, daß bei der analytischen Psychotherapie neben dem neurotischen Konflikt auch die zugrundeliegende neurotische Struktur behandelt wird,

*Tabelle 2:* Psychoanalytisch begründete Verfahren nach den Psychotherapierichtlinien, gültig ab 01. Oktober 1987, und den Psychotherapie-Vereinbarungen (RVO- und Ersatzkassen), gültig ab 01. Juli 1988 (modif. n. MERTENS, 1990, S. 209).

| Analytische Psychotherapie   | tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie   |
|--|--|
| als Einzeltherapie   | als Einzeltherapie   |
|  | auch in Form von:<br>Kurztherapie<br>Fokalthherapie<br>Dynamische Psychotherapie<br>Niederfrequente Therapie   |
| Kassenleistung 160–240/<br>in Ausnahmefällen 300 Std.  | Kassenleistung 50–80/<br>in Ausnahmefällen 100 Std.  |
| als Gruppentherapie  | als Gruppentherapie  |
| Kassenleistung 80–120 Dst./<br>in Ausnahmefällen 150 Std.  | Kassenleistung 40–60 Dst./<br>in Ausnahmefällen 80 Std.  |
| Bei dieser Therapieform sollen zusammen mit der neurotischen Symptomatik der neurotische Konfliktstoff und die zugrundeliegende neurotische Struktur des Patienten behandelt werden und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang gesetzt und gefördert werden. | Bei dieser Therapieform soll die unbewußte Dynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden.                           |
|  | Angestrebt wird eine Konzentration des therapeutischen Prozesses durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse. |

während sich die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf den aktuellen Konflikt konzentriert.

Man kann versuchen herauszuarbeiten, was in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie alles «nicht geht», weil es sich um eine «rarefizierte Psychoanalyse» handelt. Damit wäre aber der Eigenart der Methode und besonders ihrer großen Notwendigkeit wenig Genüge getan. Nützlicher ist es sicherlich zu beschreiben, was in diesem andersartigen Setting zustande kommt und was denjenigen Patienten, die von einer Psychoanalyse nicht profitieren würden oder die ein so weitreichendes Verfahren nicht brauchen, an Nutzen zuwächst.

LUBORSKY (1988) nennt als Gründe für die Entwicklung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie Abkürzungsbestrebungen und das Ziel, psychoanalytische Behandlungen finanziell erschwinglich zu machen. Als weiteres Motiv nennt er die Notwendigkeit, die Psychoanalyse solchen Patientengruppen zugänglich zu machen, welche die Belastungen der klassischen Behandlungssituation nicht ertragen könnten.

Die Patienten, die in den letzten Jahren in großer Zahl Behandlung suchen, leiden an Störungen in der Ich- bzw. Selbstentwicklung, an Beziehungsschwierigkeiten vom narzißtischen oder Borderline Typ. Dabei handelt es sich um Krankheitsbilder, die auf Entwicklungsschäden in der frühen Lebenszeit zurückgehen, sogenannten «frühe Störungen», bei denen schwere Krankheitssymptome auf seelischem Sektor oder schwere körperliche Symptome auftreten (vgl. Abschn. 2). Besonders die frühgestörten Patienten mit somatischen Symptomen sind nicht ohne weiteres fähig, ihre seelischen Konflikte in Worten auszudrücken und sind dementsprechend durch die Grundregel überfordert, konnten sie doch schon bei der Entwicklung ihrer Symptome Konflikt- oder Entbehrungssituationen nicht auf der seelischen Ebene halten oder je dahin bringen, sondern reagierten mit Somatisierung und sind befremdet oder gekränkt, wenn sie jetzt einfach zum «Psychisieren» aufgefordert werden.

Bei den frühen Störungsbildern bereitet die durch das psychoanalytische Setting auferleg-

te Entbehrung zu große Angst vor einer Regression in psychotisches Erleben hinein oder vor anderen Formen maligner Regression.

Die Therapie im Gegenübersitzen, also in dem auch sonst üblichen Gesprächsrahmen, läßt den Blickkontakt bestehen und damit den fortlaufenden Rückkoppelungskontakt zum Gegenüber, welches mit Mimik und Gestik die Rede durch permanente Rückmeldung moduliert. Damit entsteht eine unmittelbare Bezogenheit auf den Therapeuten, und der Patient entwickelt eine Übertragung, die stark vom «realen» Therapeuten geprägt wird und nicht von dem auf der Couch phantasierten. Das direkte Aufeinanderbezogensein knüpft an die Entwicklungsphase der Gesichts-Gesichts-Sozialisation des Patienten an (s. Abschn. 2), ein wichtiges und gerade bei frühgestörten Menschen oft unbefriedigend verlaufenes Entwicklungsstadium. Das Sehen und Gesehen-Werden ist für solche Patienten zur Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ein erforderliches supportives Element.

Besonders für diejenigen Patienten, die im Laufe der eigenen Entwicklung selten das Gefühl haben konnten, als wirklich individuelle Person gesehen worden zu sein, ist das Gesehen-Werden und das Sich-Spiegeln im Gesicht des Therapeuten wichtig zum Ausgleich ihres Defektes in der Ich-Entwicklung. Nicht nur die Spiegelung als nützliches Adjuvans, auch die optische Kontrolle des Therapeuten ist wichtig. Der Patient, der mit seinen Ich-Grenzen Schwierigkeiten hat, bei dem es z. B. zu permanenten Diskordanz-Erlebnissen mit der primären Bezugsperson in der frühen Säuglingszeit gekommen ist oder zu einem ständigen Mangel bei der Affektabstimmung (s. o.), kann sich im Gespräch im Gegenübersitzen besser abgrenzen; paranoide Verunsicherungen werden vermieden.

Die Aufforderung zum möglichst spontanen Mitteilen, zum freien Assoziieren, wird in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nur zeitweise angewandt. Oft läuft das Gespräch eher im alltäglichen Stil. Die Übertragungsneurose wird berücksichtigt und, sofern faßbar, auch gedeutet; stärker als in der Analyse behalten jedoch auch Nebenübertragungsfiguren ihre Bedeutung, wer-

den nicht unbedingt in das Hier und Jetzt der therapeutischen Situation hereingeholt, so daß im angstmindernden «Dort-Draußen» eine Erfahrung möglich wird, ohne daß jedoch draußen agiert werden sollte.

Neben der Konfrontation und der Klärung behält die Deutung ihren Platz, wobei sie gegenüber der Psychoanalyse ihren Charakter verändert. Da die Übertragung auf den Therapeuten nicht so im Mittelpunkt steht, bekommt die Deutung eher klärenden Charakter.

Neben diesen «analytischen Elementen» (GREENSON, 1967) sind in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie stärker auch nicht analytische, also supportive Elemente vertreten. Schon allein durch die Möglichkeit, aus der Mimik und Gestik des Therapeuten unmittelbare Rückmeldung zu beziehen, entsteht ein starker suggestiver Einfluß, ohne daß aktiv manipuliert oder Ratschläge erteilt werden müssen.

Die Abstinenzregel wird bei strukturell frühgestörten Patienten soweit wie möglich beibehalten; nicht durchgehend kann sie bei Patienten mit Psychosomatosen gewahrt werden. Körpersymptome mit allen begleitenden Beschwerden müssen bei ihnen zunächst im Mittelpunkt stehen können; die Zusammenarbeit mit Ärzten in der traditionellen Arztrolle ist oft notwendig.

Zu Beginn wird ein psychosomatischer Patient eine sein Entwicklungsdefizit ausgleichende Beziehungsform einnehmen müssen, die primär unterstützend, haltend, sein Selbstgefühl sichernd sein muß. Wird die Beziehung belastbar (reagiert er weniger auf seelische Belastungen mit Verschlimmerung der Körpersymptomatik), so kann vorsichtig konfrontiert werden, in der Art, daß er Gefühle wahrnehmen könnte, die er körperlich auszudrücken pflegt oder die er abgespalten hat.

Ein Fallbeispiel soll einige Behandlungsaspekte zu dieser Frage einer psychoanalytisch orientierten Therapie eines psychosomatischen Patienten zeigen:

Ein 24-jähriger Student, der seit vier Jahren an einer Colitis ulcerosa litt, kam auf den Rat seines Internisten in Psychotherapie. Zur Zeit der Erstuntersuchung litt er ständig unter sechs bis acht blutig-schleimigen, teilweise schmerzhaften Durchfällen am Tag,

hatte eine ausgeprägte Akne und sah insgesamt leidend aus, war bleich, leicht untergewichtig. Dennoch war er nach seinen Laborwerten, die ausnahmslos im Normbereich waren, zum Zeitpunkt der Vorstellung körperlich nicht schwerkrank. In seiner Arbeit kam er gut zurecht, hatte gerade sein Vorexamen abgelegt, litt «mäßig» unter dem Gefühl, nur wenig Kontakt zu anderen Menschen zu haben, hielt sich für zurückhaltend und verschlossen, «eigentlich nicht kontaktbedürftig».

Die Colitis war aufgetreten, nachdem er in der letzten Schulklasse eine Mitschülerin aus der Ferne angeschwärmt und nach dem Abitur endlich Mut gefaßt und ihr seine Zuneigung gestanden hatte. Sie reagierte überrascht und freundlich ablehnend. Er schilderte seine Reaktion mit den Worten: «Nach dem Abschied knallte ich den Rückwärtsgang rein und fuhr wie ein Wahnsinniger durch die Stadt.» Wenige Wochen später traten die ersten Durchfälle auf.

Narzißtisch-destruktive Wut, die schnell verschwand, und der «Rückwärtsgang» der Resomatisierung (s. Kap. II.B) waren die beiden verfügbaren Reaktionsweisen des Patienten auf das Kränkungserlebnis.

In der Therapie, anfangs über ein halbes Jahr einmal wöchentlich, später ein halbes Jahr lang zweimal wöchentlich, dann wieder einmal wöchentlich über zwei Jahre, ließen sich drei Abschnitte unterscheiden, die auch durch die beschriebenen unterschiedlichen Behandlungsfrequenzen markiert werden:

Zunächst ging es um eine langsame Annäherung in der Behandlungsbeziehung, in welcher der Patient sehr zurückgezogen blieb, überwiegend über seine Körpersymptome sprach und an Gefühlsäußerungen lediglich verstärkte Aggressionen in Form herablassender Kritik an «flachen» Beiträgen von Lehrern erkennen ließ. Als er auf eine Therapieunterbrechung mit einer Zunahme seiner Durchfälle reagierte und die Therapeutin ihm sagte, daß die Trennung dabei wohl eine Rolle gespielt habe, reagierte er zunächst mit stärkerem Rückzug, dann erinnerte er sich an einen Film, in welchem ein kleiner Junge wegen der Geburt eines jüngeren Geschwisters in ein Kinderheim gekommen und darüber tief traurig und resigniert geworden war. Er habe sich dem Jungen in dem Film sehr nahe gefühlt. Über seine Frage, ob er bei einer solchen Reaktion nicht lieber ohne Therapie weiterleben solle, da er ja möglicherweise von der Therapie abhängig werde, kam er auf sein ihn schon über viele Jahre begleitendes, kaum bewußtes Resignationsgefühl zu sprechen.

Damit begann der zweite Abschnitt, der mit «emotionalen Zugang» betitelt werden könnte. Im Rahmen von intensiveren, zweimal wöchentlich angesetzten Gesprächen konnte er sich an eine Reihe von Erlebnissen aus seiner Kindheit erinnern, in denen es um große Einsamkeit ging, bei einer ständig überlasteten, kränklichen Mutter, die sich trotz der dichten Folge ihrer eigenen Kinder (der Patient ist mittleres von drei in vier Jahren geborenen Kindern) und ihres schwa-

chen Gesundheitszustandes noch laufend soziale Verpflichtungen für Menschen außerhalb der Familie auflud. Nicht nur die Überlastung der Mutter, auch die Position in der Geschwisterreihe verstärkte das Einsamkeitsgefühl: Die ältere Schwester war «Vaters Tochter», der jüngere Bruder der charmante Liebling der Mutter, und er selbst stand als der «Doofe» dazwischen und fühlte sich «übrig und allein». In den teilweise sehr dichten Therapiestunden kam es zu Phantasien großer Nähe, in denen er sehr versunken von seiner Traumfrau, einer idealisierten «Mädchenfrau» sprach, die Züge jener Mitschülerin hatte, aber auch der Mutter nicht unähnlich war, wiewohl er, solange er sich zurückerinnern konnte, die Mutter mit einem Ekelgefühl weggeschoben hatte, wenn sie ihn lieblosen wollte. Er entdeckte hinter diesem Panzer der Reaktionsbildung seine Sehnsucht, wurde weich und zugänglich. Mit der Sehnsucht kam die Trauer. Er weinte über die verlorene Kindheit, den einsamen Jungen in jenem Film und darüber, daß der Vater, an den er sich immer wieder bei Konflikten mit der Mutter gewandt hatte, sich stets scheu zurückgezogen hatte. Daneben gab es Zeiten, in denen er nichts von den therapeutischen Deutungen annehmen konnte, die Therapie intellektualisierend entwertete, den Internisten dagegen mit besonderen Fähigkeiten ausstattete, weil er ihm zum deutlich sichtbaren Symptomrückgang verhalf, mit den gut dosierten Medikamenten.

In diesen Zeiten war die Entwertung der Therapie auszuhalten, weil einerseits klar war, daß der Patient die Nebenübertragungsfigur des Internisten und das Agieren über die Krankheit brauchte, um sich vor allzugroßer Abhängigkeit zu schützen, zum anderen wurde der Widerstand, der in der Krankheit ausgedrückt wurde, überdeutlich und manchmal schwer erträglich.

Hier zu stark deutend einzugreifen oder in Zeiten von Symptomverschlimmerung zu stark stützend zu arbeiten, sind bei strukturell gestörten Patienten ständig drohende Gefahren; der Therapeut tut sicherlich gut daran, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, wie sehr solche Therapien den Beziehungsmustern der frühen Kindheit entsprechen, hier am ehesten der Wiederannäherungszeit (s. Abschn. 2.2) mit ihrem Oszillieren um Nähewünsche und Autonomieforderungen, an der Grenze zwischen ganzheitlichem Erleben und verbaler Welt.

Die Behandlungsphase der großen emotionalen Dichte und symbiotischen Nähe wurde abgelöst von der letzten Phase, die als «Zeit der größeren Nähe-Di-

stanz-Balance» bezeichnet werden könnte, in welcher der Patient «aus Studiengründen» nur noch einmal pro Woche kam, dies aber über zwei Jahre sehr regelmäßig tat und in dieser Zeit eine erfreuliche Öffnung im Kontakt zu gleichaltrigen Männern und Frauen erlebte.

Er beendete seine Therapie, bevor er aus beruflichen Gründen den Ort wechselte. Dabei wurde deutlich, daß eine unaufgelöste Bindung fortbestand, die er selbst in den Hinweis faßte, daß manche amerikanischen Schauspieler einen «Daueranalytiker» hätten. Er beschrieb sein Lebensgefühl damit, daß er eine «ganze Menge Fenster in die Mauer eingesetzt» habe, hinter der er sich zurückziehen pflegte.

Deutlich wird an diesem Beispiel, wie gut sich das Regressionsniveau und damit die psychotherapeutische Belastung des Patienten über die Frequenz der Therapiestunden steuern ließen. In diesem Fall konnte der Patient selbst mit sicherem Gefühl für das erträgliche Maß an Einsicht sorgen.

Je mehr stützende Maßnahmen erfolgen, desto größer bleibt die Abhängigkeit des Patienten am Ende der Therapie, wobei jedoch zu bedenken ist, daß ein Stück Abhängigkeit von einem Psychotherapeuten akzeptabler ist als eine sich lebensbedrohlich immer mehr verschlimmernde chronische körperliche Krankheit.

## 4.2 Kurzpsychotherapie – Fokalthherapie

Seit den sechziger Jahren entstanden besonders an Klinik- und Institutsambulanzen mit einer großen Zahl Hilfesuchender Überlegungen, befristete kurze Therapien anzubieten, die aber dennoch die wesentlichen psychoanalytischen Elemente, nämlich die Arbeit an Übertragung und Widerstand, die zur Einsicht in unbewußte Prozesse verhilft, enthalten sollten. Erste Anstöße hierzu stammen von ALEXANDER und FRENCH (s. MEYER et al., 1989).

Von BALINT (s. Kap. III.B) stammt der treffliche Vergleich der seelischen Entwicklung mit dem Bild von stromabwärts (Strom des Lebens) treibenden Holzstämmen. Wenn sich einer der Stämme querlegt (aktueller Konflikt), wird das gesamte Treiben gehemmt. Ein gezieltes Eingreifen an diesem Stamm solle dann das Gesamte wieder flott machen; damit könne die seelische Entwicklung des betreffenden Patienten störungsfrei fortgesetzt werden, ohne daß das gesamte Material (alle



Strukturanteile der Persönlichkeit) einer langwierigen und aufwendigen Analyse unterzogen werden müsse (KLÜWER, 1970).

MALAN legte 1963 eine in BALINTS «Werkstatt» entwickelte Bestandsaufnahme dieses Behandlungsansatzes vor.

Nach MEYER et al. (1989) sind wichtige Kriterien, die das Herstellen der Kürze des sonst auf lange Bearbeitung angelegten psychoanalytischen Prozesses ermöglichen, die Auswahl der Patienten, die Eingrenzung bzw. Verminderung der Regression und die inhaltliche Begrenzung.

Neben der Limitierung zeichnet sich die psychoanalytische Kurztherapie dadurch aus, daß sie im Gegenübersitzen ein- bis zweimal pro Woche stattfindet und daß die Technik insgesamt direkter ist. In der Richtlinienpsychotherapie wird Kurzzeitpsychotherapie auf maximal 25 Sitzungen begrenzt und kann mit einem knappen Antrag ohne Gutachterverfahren zur Krisenintervention oder als «voraussichtlich ausreichendes Verfahren» oder zur «Klärung der Indikation für eine Langzeitpsychotherapie» beantragt werden. Wesentlich für die inhaltliche Begrenzung ist das Herausarbeiten des Fokus, des Arbeits-«Brennpunktes», der als Therapie-«Objektiv» oder als Therapieleitlinie dient und zwar als einzig gültige. Dies bedeutet, daß Probleme, die außerhalb des Fokus liegen, unbearbeitet bleiben. Der fokale Konflikt läßt sich nach MEYER et al. (1989) auf das «Konzept des Wiederholungszwangsgagierens in Beziehungen» zurückführen. Im Fokus wird etwas vom zentralen Konflikt des Patienten erfaßt; er durchzieht, wie es LUBORSKY (1988) auch mit dem «zentralen Beziehungskonfliktthema» beschreibt, alle Beziehungsfacetten des Patienten.

Anders als im analytischen Prozeß, bei dem sich das Verstehen langsam im Dialog zwischen Analytiker und Patient entwickelt, wird der im Fokus gebündelte Beziehungskonflikt dem Patienten bei der Fokaltherapie über die laufenden Deutungen, die auf den Fokus zugeschnitten sind, zur Verfügung gestellt. KLÜWER (1971) plädiert allerdings dafür, dem Patienten den ausformulierten Fokus nicht mitzuteilen, «weil die Formel zu leicht durch Rationalisierung oder Mobilisierung anderer

Abwehren als Widerstand benutzt werden kann».

Das Erarbeiten eines Fokus ist ein kreativer Prozeß, der mit dem szenischen Verstehen in der Erstinterviewsituation (s. Kap. III.A) viel gemeinsam hat. Von den vorgebrachten Problemen wird durch die Art der Schilderung, in der sich die Übertragungsbeziehung ausdrückt, und durch die im Analytiker wachgerufenen Gegenübertragungsgefühle ein Brückenschlag zu den Grundproblemen des Patienten möglich. Bei der Fokusformulierung (die, wie gesagt, nicht ausgesprochen wird, sondern dem Therapeuten als Leithypothese dient), handelt es sich im günstigen Fall um eine sehr verdichtete Aussage. «Die wichtigsten symptomatischen Beschwerden, die Übertragungssituation, der aktuelle Lebenskonflikt, die Infantsituation, die abgewehrten Inhalte und die Art der Abwehrmechanik sind gewissermaßen in die Formulierung eingegangen und darin aufgehoben.» Die Fokusformulierung ist ein «mitunter lapidarer Satz, dem nicht anzusehen ist, welche Verdichtung von Sinnzusammenhängen er ausdrückt» (KLÜWER, 1971).

Damit in und mit dieser Verdichtung gearbeitet werden kann, brauchen Therapeuten, die diese Technik anwenden wollen, die Möglichkeit, verdichtetes Material zum besseren Verständnis aufzulösen, gleichsam die zeitweise Verwendung eines Vergrößerungsglases. Dies ist in der Fokalkonferenz gegeben, einer regelmäßigen Zusammenkunft gleichartig arbeitender Kollegen, in denen die Foci fortlaufend diskutiert und die Veränderungen im Therapieverlauf beobachtet werden können.

Die Beendigung der Fokaltherapie beinhaltet das größte Problem der Methode. Damit stellt sie sich immer wieder insgesamt in Frage, wiewohl sie kaum entbehrlich ist. Nach MEYER et al. (1989) ist die Gesamtstundenlimitierung, die in allen bekannten psychoanalytischen Kurztherapien eingesetzt wird, etwas, was dem Prinzip der Psychoanalyse entgegenläuft. «Vorangekündigte Gesamtstundenlimitierung und Psychoanalyse sind ein hölzernes Eisen. Präziser (aber weicher) formuliert: Sie stören sich gegenseitig» (MEYER et al., 1989, S. 59).

So enthalten die Behandlungsberichte von MALAN (1965) eine Menge Hinweise auf Wiederaufnahmen von Behandlungen, diese allerdings wiederum kurz und fokal zentriert. KLÜWER (1971) weist daraufhin, daß die meisten der von seiner Arbeitsgruppe beobachteten Patienten zwar den Wunsch nach Fortsetzung der Behandlung hatten, daß sich dieser jedoch «nicht sichtbar nachteilig» auswirkt, wenn es gelingt, «die durch die Trennung entbundene Aggression» zu bearbeiten, die sonst das Erreichte wieder zerstören könnte. Damit ist zugleich ein Problem eines jeglichen Therapieendes thematisiert.

### 4.3 Gruppentherapie

Allgemein bedeutet Gruppentherapie die Behandlung mehrerer Patienten unter Berücksichtigung der Interaktionen dieser Personen. Daraus geht hervor, daß gemeinsame Unterweisungen, z. B. eine Gruppenübung im autogenen Training oder eine Diätberatung einer Gruppe, nicht als Gruppentherapie angesehen werden können (vgl. KÖNIG u. LINDNER, 1991).

Wie aus Tabelle 2 (Abschn. 4.1) hervorgeht, kann nach den Psychotherapierichtlinien sowohl die analytische Psychotherapie als auch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzel- und als Gruppentherapie durchgeführt werden.

Zunächst könnte man meinen, einzig wirtschaftliche Gesichtspunkte hätten zur Entwicklung von Gruppentherapiemethoden geführt; ein Therapeut könne mehrere Personen gleichzeitig behandeln, und so werde Zeit, Geld und Kapazität gespart. Sicherlich ist dies ein Beweggrund, der auch hier zum Tragen kommt, wie bei der Entwicklung der Kurzpsychotherapieverfahren. Dennoch ist bei der Entwicklung von Gruppentherapiemethoden die Erkenntnis hinzugekommen, daß in einer Gruppe andere Prozesse ablaufen als in der Dyade der Einzeltherapie und daß diese andersartigen Phänomene therapeutisch nutzbringend eingesetzt werden können.

«Gruppe» bezieht sich also nicht nur auf das Setting, sondern auch auf die Methode.

Wer je in einer unstrukturierten, d. h. ohne spezielle ordnende Regeln veranstalteten «Großgruppe» (eine Übungsform in Gruppenworkshops mit mehr als 50 Mitgliedern) teilgenommen hat, der hat – vielleicht voller Erstaunen – erlebt, wie rasch so eine Gruppe

regrediert und wie schnell die Regression auch wieder rückläufig ist, wie rasch z. B. «unreife Abwehrmechanismen» wie Projektionen, das Auffinden eines Sündenbocks – auftauchen, um sich greifen und wieder korrigiert werden können, sobald die Teilnehmer wieder vereinzelt da sind.

Wie FREUD (1921) in «Massenpsychologie und Ich-Analyse» beschreibt, finden sich in der «unorganisierten Masse» Phänomene, die dem Seelenleben der Primitiven und der Kinder entsprechen; das unbewußte Fundament trete an die Oberfläche.

Obwohl FREUD sich nicht mit den therapeutischen Implikationen der Gruppe befaßt hat, ist ihm die Tatsache der Begünstigung von Regression also bekannt gewesen. In Kleingruppen ist diese Tendenz sehr viel geringer ausgeprägt, aber die Geschwindigkeit und die Beweglichkeit der Regression ist auch hier ein nutzbares Phänomen. Hinzu kommen eine Reihe sozialanthropologischer Phänomene, etwa die Tatsache, daß Menschen in kleinen Gruppen gleichsam automatisch ein soziales System konstituieren, in welchem sie sich miteinander zu vergleichen, sich zu identifizieren und zu rivalisieren pflegen, so daß sich ein Handlungsspielraum ergibt, der per se als Möglichkeit zum Erkennen unbewußter Prozesse benutzt werden kann, der dem freien Assoziieren in der Einzeltherapie analog ist und im Hier und Jetzt Einsicht über die krankmachende Wirkung dieser unbewußten Prozesse ermöglicht.

Im folgenden soll die *tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie* dargestellt werden, also die Form der psychoanalytisch begründeten Richtlinienpsychotherapie, die sich dieser gruppenspezifischen Parameter bedient.

Der Vollständigkeit halber seien ein paar Worte zur psychoanalytischen Gruppentherapie oder auch «Gruppenanalyse» gesagt, deren ausführliche Darstellung den Rahmen dieses Beitrages sprengen würde: Bei dieser Behandlungsform, die mit Namen wie BION (1971), ARGELANDER (1972) und FOULKES (1986) verbunden ist, gehen die Begründer und zahlreiche Weiterentwickler von der Vorstellung aus, daß die gesamte Gruppe, geprägt von den ihr innewohnenden Konfliktarten, einer bestimmten Entwicklung unterliegt und die Gruppe insgesamt der Patient ist, dessen Einstellungen, Widerstände, Abwehrmaßnahmen und Konflikte analysiert werden. Die Analyse geht so weit wie möglich in die Tiefe, die gemeinsame

Gruppenregression wird als dynamische Kollektivkonstellation beobachtet. Gemeinsame unbewußte Phantasien sind die Grundlage des Gruppenverhaltens und der Gruppenentwicklung (vgl. FINGER--TRESCHER, 1991).

Die psychoanalytische Gruppentherapie arbeitet wie die psychoanalytische Einzeltherapie mit den Phänomenen Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand mit dem Ziel, die den Krankheitssymptomen zugrundeliegenden unbewußten Konflikte bewußt zu machen und die blockierten Entwicklungsbedingungen freizulegen. Bei frühgestörten Patienten kommt als vordringliches Behandlungsziel das Ermöglichen von Ich-Reifungsschritten als Vorbedingung für eine eigentliche psychoanalytische Arbeit hinzu. Hierauf werden wir bei der psychoanalytischen Therapie in der Klinik (Abschn. 4.5) und in dem Abschnitt über die nonverbalen Therapieverfahren (Abschn. 4.6) zurückkommen.

Ein Psychotherapeut, der tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie als Behandlungsform anbietet, lädt 7 bis 12 (Erfahrungsoptimum 8) Patienten zu einer Gruppe ein. Er führt diese Gruppe entweder bis zu einem gemeinsamen, am Anfang vorherbestimmten Gruppentherapie-Ende (z. B. ein oder zwei Jahre – «geschlossene Therapiegruppe») oder er überläßt dem Patienten bzw. der Entwicklung eines jeden einzelnen im Therapieprozeß die Länge der Verweildauer. In diesem Fall wird ein freiwerdender Platz durch einen neuen Patienten besetzt («halboffene Gruppe»). Die ambulante Gruppe trifft sich ein- bis zweimal wöchentlich (überwiegend einmal) für 90 bis 120 Minuten in der Praxis des Therapeuten oder in einem immer gleichen Gruppentherapieaum einer Institution.

Auf die Zusammensetzung der Gruppe verwendet der Therapeut große Sorgfalt. Am günstigsten ist eine ausgewogene Mischung unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen, Störungsbilder und Abwehrformationen. Auch sollten Ausdrucksfähigkeit und Verbalisationsvermögen gut gemischt sein, damit nicht eine Gruppe intellektueller Patienten in einer akademischen Diskussion erstarrt oder eine Gruppe verbal wenig gewandter in Sprachlosigkeit versinkt. Insbesondere bei der Aufnahme von psychosomatischen Patienten, die sich häufig aufgrund der Dynamik ihrer Störung für vergleichsweise konfliktfrei halten («eben nur am Magen krank»), ist es wichtig, darauf zu achten, daß genügend andere Patienten mit

psychoneurotischen Störungen oder auch mit Frühstörungen mit seelischer Symptomatik in der Gruppe sind.

Damit taucht die Frage nach der Effektivität homogener Psychotherapiegruppen auf, die im Selbsthilfereich und auch in entsprechend spezialisierten Kliniken eine größere Rolle spielen. Aus der Erfahrung der Autorin ist eine heterogene Psychotherapiegruppe immer vorzuziehen, allerdings erweisen sich auch Gruppen mit Patienten gleicher Symptomatik (z. B. Gruppen von Eßgestörten) hinsichtlich ihrer strukturellen und psychodynamischen Gegebenheiten regelmäßig als sehr gemischt.

Die Verweilzeit in einer halboffenen Gruppe, in der nicht alle Mitglieder gleichzeitig beginnen und beenden, differenziert die Gruppenmitglieder zusätzlich in Gruppenerfahrene und Gruppenunerfahrene und ermöglicht Interaktionen, die den therapeutischen Prozeß fördern. Ein allgemeines Element der Gruppentherapie, das auch für nichtanalytische Gruppen gilt, ist mit dem Problem der Gruppenzusammensetzung angesprochen. Die Gruppenmitglieder lernen aus der gegebenen Rangstruktur. Allgemeine gruppendynamische Prozesse fördern oder hindern das Gruppenziel.

Der Therapeut legt neben der Gruppenzusammensetzung und dem räumlich-zeitlichen Ablauf auch die Interaktionsregeln fest, beispielsweise die Vereinbarung der Verschwiegenheit nach außen, eine in ihrer Strenge ideale Forderung, die es den Gruppenmitgliedern erleichtern soll, sich zu öffnen, die Aufforderung und zugleich die Erlaubnis, sich so frei wie möglich zu äußern, angelehnt an die Grundregel in der Einzelanalyse.

Wie in der Einzeltherapie bleibt der Therapeut selbst abstinent, er gibt nichts Persönliches preis und enthält sich auch persönlicher Stellungnahmen, ohne sich dabei jedoch hinter einer unpersönlichen Maske zu verbergen. Er beobachtet den Umgang der Patienten miteinander und stellt seine Beobachtungen und deren Erklärung der Gruppe zu einer Zeit zur Verfügung, in der er die Gruppenmitglieder für aufnahmebereit hält. Er strukturiert das Geschehen möglichst wenig und schafft gerade dadurch die Gelegenheit, daß die Patienten frei miteinander in Beziehung treten können und so gemäß ihrer mitgebrachten Konflikte Altes reinszenieren sowie miteinander und mit dem Therapeuten sichtbar werden lassen, was die Krankheitssymptome hervorgebracht hat.

In der Gruppe lassen sich jeweils deutlicher als in der Einzeltherapie Übertragungsbeziehungen und reale Beziehungen im Hier und Jetzt unterscheiden. Die Patienten übertragen einmal alte Erfahrungen auf andere Gruppenmitglieder oder auf den oder die Therapeuten (häufig werden Gruppen von zwei Therapeuten geleitet, bevorzugt unterschiedlichen Geschlechts, womit die Elternübertragung schon vorprogrammiert ist). So finden auf verschiedenen Ebenen und zu verschiedenen Personen Übertragungen statt, die den wichtigen Beziehungserfahrungen der ersten Lebensjahre entsprechen. Dem Therapeuten steht zur Übertragungsdeutung, d.h. also zur Korrektur jener Verkennung bzw. jenem Irrtum in Zeit und Person, in der Gruppe der Vergleich mit dem realen Verhalten einer Person in der Gruppe zur Verfügung, wodurch die Bedeutung des Irrtums plastischer und plausibler werden kann. Nicht nur einheitliche Personen des frühen Erlebens werden übertragen und somit aus dem verinnerlichten Zustand externalisiert und dadurch sichtbar gemacht, sondern auch Teile der Persönlichkeitsstruktur werden in andere Gruppenmitglieder hineinverlegt und so verdeutlicht erlebbar. So kann z. B. ein Mitpatient die Funktion des eigenen überstrengen Gewissens zugeschrieben bekommen oder ein anderer zum Repräsentanten abgewehrter Triebwünsche werden, wie dies bei eßgestörten Patienten oft geschieht. Aber auch die ganze Gruppe kann zu einer Übertragung herangezogen werden, oft im Sinne einer Mutterübertragung, z. B. wenn ein Patient von der Gruppe überwiegend mütterlich getragen und versorgt werden will oder wenn jeder einzelne Patienten auf eine tragende und nährenden idealisierte Gruppe hofft.

Die Klärung der verschiedenen Beziehungsparameter ist das eigentliche heilende Agens, wie dies auch in der Einzeltherapie der Fall ist. Einsicht in die erlebbar gewordenen Konflikteile und daneben in der Gruppe besonders auch das Ausprobieren neuer Beziehungsmöglichkeiten, die dann aus der Gruppe heraus ins alltägliche Leben hineingenommen und erprobt werden können, haben einen günstigen Einfluß auf Krankheitssymptome oder erübrigen neurotische Verhaltensweisen. Je nach Deutungsschwerpunkt kann

es zeitweise zu einer Einzeltherapie in der Gruppe kommen, wobei die allgemeinen gruppenspezifischen Faktoren (s. o.) bewirken, daß die übrigen Gruppenmitglieder in den Behandlungsprozeß einbezogen bleiben. Technisch ist es wichtig, über Sub- und Gesamtgruppenebenen die Gruppenebene immer wieder zu betonen, um eine Einzeltherapie in der Gruppe nicht als Hauptbehandlungsform zu etablieren und wertvolle Beziehungsmodalitäten in der Gruppe nicht zu nutzen.

Bei psychosomatischen Patienten kann aufgrund ihrer Struktur die Neigung zu symbiosenaher Objektbeziehung groß sein; in solchen Fällen besteht eine große Empfindlichkeit gegenüber Trennungs- bzw. Objektverlustserlebnissen, wobei die auftretenden Ängste nicht so sehr affektiv, sondern eher somatisch erlebbar sind bei insgesamt erschwelter Fähigkeit, Gefühle auf seelischem Niveau zu erleben. Das macht den Abschied von Gruppenmitgliedern oder auch den Urlaub des Therapeuten zum Prüfstein. Besonders schwierig gestaltet sich das Therapieende bei psychosomatischen Patienten, die zu Rückfall in Körpersymptome neigen. Dies muß unter Umständen eine Weile in Kauf genommen werden oder in einer anschließenden, dann sicher kürzeren Einzeltherapie, bearbeitet werden, weil der Zusammenhang zwischen Trennungs- bzw. Verlustserlebnissen und psychosomatischen Symptomen erst einmal deutlich sichtbar werden muß.

An dieser Stelle sei auf die differenzierten Gruppenmodelle hingewiesen, die von HEIGL-EVERS und HEIGL (1973, 1977) entwickelt wurden und unter dem Oberbegriff «Göttinger Modell» in die Literatur eingegangen sind. Das Göttinger Modell stellt für verschiedene Krankheitsbilder verschiedene Gruppenverfahren zur Verfügung. Per Konzept werden, zugeschnitten auf bestimmte Patienten, die Verhaltensweisen des Gruppentherapeuten variiert. Das Modell unterscheidet zusätzlich zur *analytischen* und der *tieferpsychologisch fundierten Gruppentherapie*, wie sie gerade beschrieben wurde, die *psychoanalytisch interaktionelle Gruppentherapie*. Wie auch bei anderen Autoren zeigt der Therapeut im Göttinger Modell in der analyti-

schen Gruppentherapie das am stärksten regressionsfördernde Verhalten, so daß sich Grundkonflikte interpersonell darstellen können. Es entwickelt sich eine Dynamik, die der Einzelanalyse vergleichbar ist. Die tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie fördert die Gruppenregression weniger stark und hat als Zielgruppe Patienten, die, wie oben geschildert, durch eine tiefe Regression zu stark belastet würden. In der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapieform wird auf das Ansprechen unbewußter Konflikte primär verzichtet unter der Annahme, daß der Patient, der schon durch die bewußten Konflikte sehr belastet ist, durch die unbewußte Konfliktebene überfordert würde. Dafür bringt sich der Therapeut als Beziehungspartner direkt ein, durch das «Prinzip Antwort», und ermöglicht dem Patienten eine korrigierende Beziehungserfahrung. Diagnostisch spielt der unbewußte Konflikt bei allen drei Therapieformen eine wesentliche Rolle (die beiden erstgeschilderten Therapieformen sind identisch mit den im hier vorangegangenen Text geschilderten Gruppentherapiemethoden), und das Ziel der Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell ist unter Umständen eine Kombination der drei Gruppenverfahren dergestalt, daß einer psychoanalytisch-interaktionellen Gruppe eine tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische folgt und dann, zeitlich verzögert, unbewußte Konflikteanteile bearbeitet werden (KÖNIG u. LINDNER, 1991).

Das *Therapieende in einer Gruppentherapie* ist, wie das Therapieende ganz allgemein, ein wichtiger Behandlungsabschnitt.

Das Ende einer Therapie konfrontiert den betreffenden Patienten nicht nur mit dem aktuellen Abschied, sondern Trennungs- und Verlusterlebnisse aus früheren Lebensphasen werden wiederbelebt. Wie in anderen Therapieformen muß in der Abschlußphase mit erneuter verstärkter Regression, mit Wiederaufleben von Symptomen gerechnet werden. Auch spezifische mit Verlustängsten und Trauer befaßte Übertragungsformen tauchen wieder auf. Dazu sollte jeder Patient und die Gesamtgruppe genügend Zeit haben. Das Therapieende muß also lange genug bekannt und unabgewehrt präsent sein. Es ist Aufgabe

des Therapeuten, es präsent zu halten. Daß jeder Abschied zugleich Aufbruch zu neuen Ufern ist, tröstet auch die zurückbleibende Gruppe und ist nicht nur eine Leitlinie für den scheidenden Patienten.

Der Gedanke an das Therapieende oder auch ein plötzliches Beenden mitten in einer laufenden Therapie sind Ausdruck eines Widerstandes, den es sorgfältig zu analysieren gilt. Ebenso können aber sowohl Gruppe als auch Therapeut einem Beendigungswunsch per Widerstand begegnen, weil sie nicht auf das gewohnte Gruppenmitglied verzichten zu können glauben. Hier sind besondere Selbstreflexionsfähigkeiten des Gruppentherapeuten gefragt, der von sich wissen sollte, ob er eher dazu neigt, seine «Kinder» zu früh in die weite Welt zu schicken oder sie zu lange im Nest zu halten.

Abschließend soll die *Differentialindikation Einzel- und Gruppentherapie* betrachtet werden, die Frage, wann nach diagnostischen Kontakten eine Einzel- und wann eine Gruppentherapie zu empfehlen ist.

Wie geschildert, bietet die Gruppe eine in mehrfacher Hinsicht günstige Multiplikationsmöglichkeit, das reichhaltigere Übertragungsangebot und die Möglichkeiten, Erkenntnisse im differenzierten sozialen Umfeld der Gruppe zu üben, sowie die Möglichkeit, sich an regressive Bewegungen anderer Gruppenmitglieder anzuschließen und eine therapeutische Regression so zu beschleunigen. Dieser regressive Prozeß ist allerdings vom Therapeuten weniger zu dosieren und zu kontrollieren als in der Einzeltherapie. Daraus leitet sich ab, daß Patienten, denen eine tiefe Regression nicht förderlich ist (z. B. Borderline-Patienten mit ausgeprägten paranoiden Tendenzen oder Patienten mit starker Körperreaktion), eher in Einzeltherapie behandelt werden sollten. Oftmals ist eine anfängliche Einzeltherapie in eine spätere Gruppenteilnahme zu überführen. Besonders kränkbaren Patienten, gleich welcher Genese die Kränkbarkeit ist, wird man eher eine Einzeltherapie empfehlen, weil hier der Therapeut allein die Dosierung der Konfrontation mit den Konflikten steuert und die multiplikatorischen Funktionen der Gruppe eher bedrohlich als förderlich wirken würden.

Zusammenfassend lassen sich nach FINGER-TRESCHER (1991) als wirksame Faktoren einer Gruppentherapie (analytisch oder tiefenpsychologisch fundiert) und damit auch als Indikationsleitlinien folgende Gesichtspunkte festhalten: Während die biographische Rekonstruktion als Einsichtsquelle für das einzelne Gruppenmitglied eine geringere Rolle spielt als in der Einzeltherapie, sind die vielfältigen Übertragungsmöglichkeiten (des einzelnen auf den Therapeuten, der Gruppe als Ganzes auf den Therapeuten, der Gruppenmitglieder untereinander und des einzelnen auf die Gruppe als Ganzes) eine große Chance, unmittelbar über die oft szenisch erfäßbare Wiederholung im Hier und Jetzt Einsicht zu gewinnen und wichtige emotional korrigierende Erfahrungen zu machen.

#### 4.4 Familientherapie

Eine Gruppe, die sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie «vorkommt» und die als therapeutisches Material reichlich Beachtung findet, hat erst in den siebziger Jahren als Einheit, als eigenständiges Objekt der Therapie, Eingang in die Psychotherapie gefunden, nämlich die Familie.

FREUD (1912) sprach in «Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung» von der «unvermeidlichen Gegnerschaft der Angehörigen gegen die psychoanalytische Behandlung» und schloß sie aus der Mitbehandlung aus. Lediglich als die bedeutsamen Objekte der Individualentwicklung, als Material der Psychoanalyse und Motoren der meisten Übertragungsphänomene hatten die Familienmitglieder Bedeutung.

Das populäre Buch «Patient Familie» von RICHTER erschien 1970.

Die ihr zukommende eigene Beachtung fand die *Familiendynamik* zuerst unter amerikanischen Schizophrenieforschern (BOSZORMENYI-NAGY u. FRAMO, 1975).

Zwei Richtungen differenzierten sich im Bereich Familiendynamik mit nach neueren Erkenntnissen einander eher ergänzenden als widersprechenden Sichtweisen. Die «Systemiker» (s. auch Kap. III.D), die wie WATZLAWICK et al. (1967) und SELVINI PALAZZOLI (1974) großes Gewicht auf die Interaktion im Hier und Jetzt legten – die Person und ihre Geschichte geriet dabei eine Zeitlang in den Hintergrund (MASSING, 1990) –, und die mehr *psychoanalytisch orientierten Familienforscher*, wie RICHTER (1970), der frühe STIERLIN (1975) sowie WILLI (1975) (vgl. WIRSCHING, 1987). Zusätzlich hat sich vor allem in

den USA die sogenannte «strukturelle Familientherapie» (MINUCHIN et al., 1983) von den beiden anderen unterschieden, die besonders bei der Arbeit mit anorektischen und asthmatischen Patienten erfolgreich ist.

Grundsätzliches verbindet die verschiedenen familientherapeutischen Richtungen. Sie versuchen alle, die ganze Familie eines Symptomträgers zu erfassen. Nicht mehr der manifest Kranke, sondern die ganze Familie ist der Patient. Im Geflecht der Beziehungen wird die Krankheit auf ihren Sinn hin untersucht. Dabei zeigt sich oft, daß der Symptomträger das relativ gesündeste Mitglied des Systems ist, weil er durch die Krankheit sensibilisiert und an Veränderungen am stärksten interessiert ist; auch stellt sich die Frage, ob schon die Symptombildung einen Schritt hin zur Veränderung ist. Jede Veränderung eines Familienmitgliedes hat eine Veränderung aller zur Folge; das ganze Gefüge gerät in Bewegung. Dies hat sowohl Systemtheoretiker als auch psychoanalytisch orientierte Therapeuten immer wieder zu integrativen Annäherungen veranlaßt, zur Bemühung, unbewußte Konflikte vor dem Hintergrund der Familie als System zu sehen.

STIERLIN (1975) arbeitete wesentliche Aspekte heraus: Unter dem Stichwort «bezogene Individuation» betont er, daß die Beobachtung der Selbstdifferenzierung nur unter Berücksichtigung von Elementen der Integration sinnvoll ist. Die Pole Fusion (Verschmelzung mit der Familie) und Isolation (beziehungsloses Nebeneinander-Her) bilden die Extreme der Skala. Die Interaktionsmodi von Bindung und Ausstoßung beinhalten einen ähnlichen Gesichtspunkt, jedoch mit dem Unterschied, daß die Kräfte beschrieben werden, die von den Eltern ausgehen. Im Modus der Delegation finden bindende und ausstoßende Beziehungsaspekte oft ihren Ausdruck. Eltern sind unbewußt die Auftraggeber, die die Kinder unter Umständen zu lebenslanger Loyalität verpflichten. Dies kann allgemein, im kulturtragenden Sinn als generationsübergreifendes Phänomen angesehen werden, hat jedoch krankmachende Auswirkung, wenn es sich um überfordernde oder ausbeuterische Aufträge handelt, die z. B. die persönliche Fähigkeit des Kindes übersteigen oder der altersentsprechenden Entwicklung keinen Spielraum lassen. Unter dem Stichwort *Mehrgenerationenperspektive* von Schuld und Verdienst behandelt STIERLIN die von BOSZORMENYI-NAGY und FRAMO (1975) eingeführten Vorschläge: ausstehende Konten und unbeglichene Rechnungen innerhalb der Familie offenzulegen, woraus sich wiederum ein Zugang zu verdeckten De-

legationen, krankmachenden Bindungs- und Ausstoßungsmodi oder Besonderheiten auf der Fusions-Isolationsskala ergeben. Im STIERLIN'schen Sinne wäre die Beschreibung einer Familienkonstellation mit einem psychosomatisch erkrankten Familienmitglied etwa folgende: Die Mitglieder dieser Familie sind stark fusioniert, überstark gebunden und massiv delegierend.

Der Familientherapeut stellt sich auf alle Familienmitglieder ein («Allparteilichkeit» nach BOSZORMENYI-NAGY u. FRAMO, 1975). Dies ist besonders in Therapien von Mehrgenerationenfamilien (vgl. BUCHHOLZ, 1990) wichtig, in denen die noch vorhandenen Großeltern einbezogen werden. Auch ausgestoßene Mitglieder bekommen vom teilnehmenden Beobachter eine paritätische Chance – dies hat oft eine erstaunliche Auswirkung auf eine erstarrte Familiendynamik. Die therapeutischen Verabredungen in der Familientherapie müssen pragmatisch nach den jeweiligen Gegebenheiten ausgerichtet werden. Meist bemühen sich der Therapeut oder die Therapeuten (häufig arbeitet ein Familientherapeut mit einem Co-Therapeuten zusammen) um ein möglichst vollzähliges Erscheinen aller – zumindest der zusammenlebenden – Familienmitglieder, um sich ein Bild von der Art der Interaktion und damit von Widerstand und Übertragungsmöglichkeiten zu machen. Anschließend wird entweder die Arbeit mit der ganzen Familie geplant oder mit wechselnder Zusammensetzung fortgesetzt. Die Bereitschaft der einzelnen Mitglieder zur Zusammenarbeit läßt bereits viel über die Dynamik erkennen.

Wichtig ist, daß die Familientherapie, soll sie zustandekommen, von den Hausärzten oder von den direkten Kontaktpersonen in der Klinik mitgetragen wird.

Familien rechnen oft in einer Familientherapie mit Schuldzuweisungen und setzen infolgedessen dieser «Abrechnung» massive Widerstände entgegen. Daher ist es wichtig, um eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, zunächst die stabilisierenden Anteile der Familiendynamik in den Vordergrund zu rücken und die verschiedenen Positionen in ihrem Sinnzusammenhang verstehend zu beschreiben. Dies darf nicht zu einer beschwichtigenden Kumpanei geraten – der Therapeut muß sich gemäß seiner Gegenübertragung

ständig fragen, ob er die häufig vorhandenen harmonisierenden Familienabwehrmechanismen mitmacht oder ob er wirklich zunächst einmal bewirken möchte, daß sich die Mitglieder in ihrer Haltung verstanden fühlen und verstehen können.

Die spezifische Dynamik, die man nach der Diagnostik als Symptomauslöser oder symptomunterhaltendes Agens zu erkennen glaubt, sollte nicht zu früh, auf keinen Fall im Untersuchungsgespräch gedeutet werden. Wie bei allen Deutungen, so ist es auch hier wichtig, der Familie die Möglichkeit zu überlassen, das Tempo zur Veränderung selbst zu bestimmen. Dazu sind unter Umständen längere Sitzungsintervalle hilfreich, da man so die Möglichkeit hat, vielleicht sogar über die der systemischen Therapie entlehnte, oft paradox wirkende Empfehlung, vorerst nichts zu verändern, die Aktivität der Familie zu überlassen. Damit so ein Schritt nicht zum manipulativen Trick gerät, ist ebenfalls hier die genaue Beobachtung der Gegenübertragung notwendig.

Obwohl die analytisch orientierte Familientherapie ein hohes Maß an Integrationsfähigkeit, vor allem auch zwischen Familientherapeut und Hausarzt bzw. betreuenden Personen der «ersten Reihe» (Klinikärzten, Pflegepersonen, Sozialarbeiter o.ä.) verlangt und eine besonders gründliche Selbsterfahrung des Therapeuten voraussetzt, ist sie aus dem therapeutischen Repertoire besonders bei psychosomatischen Patienten nicht mehr wegzudenken.

#### 4.5 Psychoanalytisch orientierte Therapie in der Klinik

Auf eine ganze Reihe von Behandlungsformen könnte die Bezeichnung «stationäre Psychotherapie» zutreffen. Hier geht es um die psychoanalytisch orientierte stationäre Psychotherapie in ihrer sogenannten integrativen Form, wie sie sich in den letzten drei Jahrzehnten speziell in der Bundesrepublik Deutschland als eine eigenständige Therapieform entwickelt hat. Diejenigen stationären Psychotherapieformen, die sich anderer psychotherapeutischer Methoden bedienen, wie

der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie oder einer Kombination aus verschiedenen Psychotherapieformen, haben eine andere Struktur. Die Krankenhausstation ist dort eher der Ort, wo diese Therapie stattfindet, als das Feld, das zur Therapie notwendig ist. Nur bei der analytisch orientierten stationären Psychotherapie ist die Station, das stationäre Setting, selbst ein therapeutisches Agens mit eigener therapeutischer Bedeutung.

Als habe er die Entwicklung dieses Behandlungsinstruments vorausgeahnt, schreibt FREUD 1919 in seiner Arbeit: «Wege der psychoanalytischen Therapie»: «Irgendeinmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. Und daß die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebensowenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge des einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind. ... Diese Behandlungen werden unentgeltlich sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringend empfindet. ... Dann wird sich für uns die Aufgabe ergeben, unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen. ... Wir werden wahrscheinlich die Erfahrung machen, daß der Arme noch weniger zum Verzicht auf seine Neurose bereit ist als der Reiche, weil das schwere Leben, das auf ihn wartet, ihn nicht lockt und das Kranksein ihm einen Anspruch auf mehr soziale Hilfe bedeutet. ... Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen Anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden. Aber wie immer sich auch diese Psychotherapie fürs Volk gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind» (S. 181).

1927 eröffnete der Berliner Psychoanalytiker SIMMEL im Schloß Tegel in Berlin eine erste psychoanalytische Klinik (BECKER u. SENF, 1988). SIMMELS Ideen zur Struktur, Behandlungstechnik, Indikation und zu den Grenzen stationärer psychoanalytischer Psychotherapie sind bis heute aktuell. In einem Rundschreiben an die Kollegen kündigte er seine Klinikeroöffnung an, um «die psychoanalytische Methode FREUDS, die bisher nur dem ausgefährigen, die ärztliche Sprechstunde aufsuchenden (ambulanten) Neurotiker erreichbar war, weitgehend in den Dienst klinisch kranker Menschen zu stellen». Die Klinik

wurde 1931 Opfer der Weltwirtschaftskrise. SIMMEL selbst mußte im Dritten Reich nach Amerika emigrieren (vgl. SCHULTZ-VENRATH, 1992).

Nach dem Krieg entstand eine Reihe von stationären psychotherapeutischen Einrichtungen in Berlin, Hamburg, Tiefenbrunn bei Göttingen, Umkirch bei Freiburg, Lübeck und Heidelberg, um nur einige zu nennen, die sich mit Namen wie SCHWIDDER, JORES, CURTIUS und MITSCHERLICH verbinden.

Nach SCHEPANK und TRESS (1988) ruht die stationäre Psychotherapie in unserem Land auf zwei Säulen:

1. Auf der Anerkennung der Neurose als Krankheit im Sinne der RVO (1967), was nicht zuletzt den Arbeiten von DÜHRSEN (1967) zu verdanken ist. (Es hatte also fast fünfzig Jahre gedauert, bis die eingangs zitierte Überlegung von FREUD gesellschaftlich Resonanz fand, dann aber nachhaltig.)
2. Auf der Bereitschaft, den Wohlstand des Landes einer Behandlungsform zugute kommen zu lassen, bei der es zwar indirekt auch um Heilung von Symptomen geht, direkt aber mehr um bessere Kontakt- und Beziehungsfähigkeit und größere Autonomie.

Stationäre Psychotherapie konnte nur in einem wohlhabenden, sozialen, freiheitlichen und demokratischen Land gedeihen.

In der Bundesrepublik Deutschland gab es 1990 neuntausend Psychotherapiebetten, mehr als in der gesamten übrigen Welt zusammen (NEUN, 1990).

In den Neugründungen nach dem Kriege war das ambulante psychoanalytische Setting anfangs Richtschnur; die Patienten wurden in der Klinik versorgt und hatten ihre Therapie-Sitzung unabhängig vom sonstigen klinischen Alltag. JANSSEN (1987) nennt diese Therapieform «Hotel-Psychotherapie».

Die Weiterentwicklung der Gruppenpsychotherapie und Impulse aus der sogenannten therapeutischen Gemeinschaft, einer besonderen Struktur der Krankenhausstation, die in England entstanden war, sowie die allmähliche Entwicklung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie ergaben Veränderungen. Mit Rückgriff auf das Klinikkonzept von Simmel setzte sich die Überzeugung durch, daß die übrigen 23 Stunden des Kliniktages ebenso therapeutisch nutzbar seien wie die Therapiestunde und die anderen zwischenmenschlichen Beziehungen ebenso wichtig wie die Beziehung des Patienten zum Therapeuten.

Intensiv wurde nach Behandlungsmöglichkeiten gesucht für Patienten, die aufgrund ihrer Störung schlecht in der Lage waren, ein ambulantes Arbeitsbündnis einzuhalten, die ihre seelischen Konflikte kaum auf seelischem Ni-



veau ausdrücken konnten, sondern mit Körpersymptomen reagierten oder zusätzlich zu den seelischen Konflikten in eine Vielzahl von problematischen Interaktionsweisen verstrickt waren. Dies sind einmal psychosomatische Patienten mit unzureichender Introspektions-, Kommunikations- und Verbalisierungsfähigkeit, meist auch wenig fähig, mit inneren Bedürfnissen und Gefühlen in Kontakt zu kommen. Solche Patienten können ihre Konflikte somatisieren, ohne sie als solche überhaupt zu bemerken. Zum anderen sind es die schweren Charakterpathologien, narzißtische Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die neben den neurotischen Symptomen ihre Konflikte durch Handeln in die Außenwelt abführen. Die Ich-Struktur und die Struktur des Über-Ichs dieser Patienten sind so schwach, daß die neurotischen Symptome nicht ausreichen, um die Konfliktdynamik zu binden. Nach KERNBERG (1976) ist die Ursache der pathologischen Beziehungsstrukturen dieser Patienten das Fortbestehen von unintegrierten Selbst- und Objektbildern, die durch krankhafte Verhaltensweisen immer wieder in der Außenwelt bestätigt werden müssen. Dies geschieht durch die Abwehrmechanismen, die im wesentlichen in Spaltung, Projektion, Idealisierung und Entwertung bestehen. Für diese strukturell ich-gestörten (auch «ich-schwachen») Patienten entstand in der stationären psychoanalytisch orientierten Psychotherapie eine spezielle Behandlungsmöglichkeit.

Grundgedanke dieses Behandlungsansatzes ist, daß der Patient seine Störung in einem nach außen geschützten Raum in Gegenwart der Mitpatienten und Therapeuten ausbreiten und in neuen sozialen Erfahrungen teilweise oder vollständig korrigieren kann. Die Dynamik, die den Krankheitssymptomen zugrunde liegt, geht unmittelbar in die zwischenmenschlichen Beziehungen ein und kann direkt erlebt werden, indem die Objektbeziehungen analysiert werden.

Aus dieser Grundidee heraus entwickelte sich zunächst das sogenannten *bipolare Behandlungskonzept*. Dabei gingen die Begründer (ENKE, 1965) von der Vorstellung aus, daß der eine Behandlungspol vom erkenntnisfördernden analytischen Psychotherapeuten gebildet wird, in der Regel über eine analytisch

orientierte Gruppentherapie, und der andere im sozialen Lernen besteht, das besonders durch das Team der Pflegekräfte vertreten wird und im sogenannten Realitätsraum des täglichen Umgangs auf der Station stattfindet. Daß es sich hierbei nicht um divergierende Pole, sondern um ständig zu integrierende Inhalte handelt, auch darstellbar als die beiden Brennpunkte einer Ellipse, wird von ENKE (1994) nach der Beobachtung der dreißigjährigen Entwicklung der stationären Psychotherapie neuerlich verdeutlicht.

Während bei der «Hotel-Psychotherapie» der Anfangszeit nach Gründung der Kliniken die beiden Felder der Therapie und der Versorgung noch gänzlich getrennt waren, kaum daß sie voneinander wußten, traten im bipolaren Konzept beide Bereiche zueinander in Beziehung, ohne sich aber zu durchdringen. Bei strikter Einhaltung der Bipolarität konnte zwar der psychoanalytische Therapeut auf Material aus dem Realitätsraum zurückgreifen, soweit es ihm von dem Patienten zur Verfügung gestellt wurde; die Schwestern und Pfleger sowie der Stationsarzt mußten die Patienten jedoch stets auf die «eigentliche» therapeutische Arbeit verweisen und hatten somit lediglich pädagogische und supportive Aufgaben. Die Diskussion darüber, welchem Patiententyp ein solches bipolares Behandlungskonzept eher gerecht wird, ob damit zu starken, sogenannten malignen Regressionsbewegungen frühgestörter Patienten vorgebeugt werden kann, wurde von zahlreichen Autoren geführt. Sie findet sich zusammengefaßt bei JANSSEN (1987) und bei BECKER und SENF (1988). Dabei spielt die Größe der Klinik eine nicht unwesentliche Rolle, aber auch die überwiegende seelische Struktur der aufgenommenen Patienten. In großen Kliniken und bei starker Häufung frühgestörter Patienten ist eine Trennung von Therapie- und Realraum wahrscheinlich günstig. In kleineren oder kleinen psychotherapeutischen stationären Behandlungseinheiten hat sich in den letzten fünfzehn Jahren das sogenannte *integrative Behandlungskonzept* etabliert, in welchem als Behandlungsideal das möglichst weitgehende Zusammenfügen der verschiedenen therapeutischen Räume angestrebt wird. Damit soll die bei vielen Patienten beobachtete

Spaltungsübertragung allmählich durch die integrativen Maßnahmen, insbesondere Deutungen aufgehoben werden.

Als Beispiel einer psychoanalytisch orientierten Behandlungseinrichtung mit integrativem Therapiekonzept soll die stationäre Psychotherapie der Kieler Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik (vgl. BÖHME-BLOEM, 1989; STRAUSS u. BURGMEIER-LOHSE, 1994) beschrieben werden. Sie ist die kleinste in der BRD, hat acht Behandlungsplätze für Männer und Frauen, die, im Alter von 18 bis 50 Jahren, als Patientengruppe zusammenleben und eine gemeinsame Therapie durchlaufen. Die Therapiezeit beträgt drei bis sechs Monate, wobei immer ein neuer Patient einen ausscheidenden ablöst; die Patienten bilden also eine sogenannten halboffene Gruppe. Die Gruppe wird oft mit einer Geschwisterreihe mit unterschiedlichem Therapiealter verglichen; der Eintritt in die Therapiefamilie und der Abschied sind immer wieder markante Therapieereignisse.

Die Therapie besteht aus verbalen und präverbalen Elementen (vgl. Abschn. 4.6). Gleichberechtigt nebeneinander werden Sport, Musik und Bewegungstherapie, Maltherapie, Beschäftigungs- bzw. Gestaltungstherapie angeboten.

Kernstück der Therapie ist die an allen Werktagen stattfindende analytisch orientierte Gruppentherapie, bei der sich der Gruppentherapeut und, soweit vorhanden, ein beobachtender Cotherapeut über 1 1/2 Stunden mit den Patienten im tiefenpsychologisch fundierten Gruppensetting zusammenfinden.

Analog der analytischen Grundregel werden die Patienten zum Sprechen ermutigt mit dem Hinweis, daß alles ausgesprochen werden kann, ohne Scheu und Zensur. Dabei ergibt sich für den beobachtend und deutlich teilnehmenden Therapeuten ein Geflecht aus persönlichen Erfahrungen der Patienten und sozialen Problemen im Hier und Jetzt und damit die Chance, den krankmachenden Wiederholungszwang zu sehen und sichtbar zu machen.

Der Gruppentherapeut (psychotherapeutisch ausgebildeter Arzt oder Psychologe) hat aus den Vorgesprächen vor der Klinikaufnahme genügend Kenntnis von der Lebens- und Krankengeschichte jedes Patienten. Das übrige Team wird in Vorgesprächen über den neuen Patienten informiert. Einzelheiten der stationären Psychotherapie sollen anhand eines konkreten Fallbeispiels erörtert werden.

Eine 29jährige Studentin hatte unsere Ambulanz auf Empfehlung ihrer Hausärztin aufgesucht, weil sie wegen einer Eßstörung ihren seit dem 12. Lebensjahr bestehenden juvenilen Diabetes mellitus immer wieder zum Entgleisen brachte. Sie hatte mitunter mehrmals wöchentlich Anfälle von dranghaftem Überessen («Ich falle über den Kühlschrank her»). Teilweise ließ sie die überflüssige Nahrung einfach über die Niere «durchrauschen» (das renale Erbrechen

nach FEIEREIS, 1989), teilweise spritzte sie die erforderliche Insulinmenge und war dementsprechend stark übergewichtig. Sie litt unter erheblichen Folgeerscheinungen ihres Diabetes, hatte gehäufte Harnwegsinfekte, ekzematöse Hautveränderungen und bereits eine Visusminderung um 50 Prozent. Seit acht Jahren bestand eine Amenorrhoe. Die Patientin war traurig verstimmt, hielt sich für «unzumutbar für Ärzte, Familie und Freunde», lebte sehr zurückgezogen, hatte durch ihr häufiges Kranksein den Anschluß an ihr Studium verloren, das sie drei Jahre zuvor mit großer Hoffnung aufgenommen hatte, nachdem sie einige Jahre nach dem Abitur als Büroangestellte gearbeitet hatte. Ihre größte Angst war, bald zu erblinden. In den Vorgesprächen war zur Dynamik ihrer Eßstörung deutlich geworden, daß zwei Seelen in ihrer Brust wohnten: die mütterliche und die väterliche. Die Mutter der Patientin war eine übergewissenhafte Frau, welche die Zuckerdiät der Tochter mit der Briefwaage regelte und sehr viel Disziplin von ihr forderte. Der Vater hatte auf die Diagnose des Diabetes mellitus persönlich gekränkt reagiert. («Er weinte, als er es erfuhr. Nach ein paar Tagen zeigte er mir einen Urinestreifen von sich und sagte: Von mir hast du das nicht. Er ist eben mit den Erbgesundheitsgesetzen groß geworden. Später schien er es zu vergessen oder er sagte: Das ist alles nicht so schlimm, wenn man nur gesund lebt, und bot mir Schokolade an».) Die Eltern hatten sich vor einigen Jahren getrennt. Die Patientin empfand es als ihre Pflicht, zu beiden Kontakt zu halten, sie tat dies am gewissenhaftesten von allen Geschwistern und begann in ihrem Verhalten zu schwanken zwischen einer Art mütterlichem Verhalten, bei welchem sie streng Diät lebte, sich sogar nachts den Wecker für Blutzuckerkontrollen stellte, und väterlichem Verleugnen der Krankheit, besonders während ihrer Eßdurchbrüche. Sie spaltete ihren Umgang mit sich selbst auf – entsprechend den unintegrierten inneren Bilder von den Eltern, einer besonders strengen Mutter und eines teils idealisierten, da verleugnend rettenden, teils entwertenden Vaters.

Wir nahmen eine schüchtern-gehemmt-freundliche, korpulente, mausgrau-gedrückt wirkende, um Wohlverhalten bemühte junge Frau auf.

Die Gruppe der Mitpatienten lernte sie mit ihrer Problematik in ihrer sogenannten Anfangsfigurbesprechung kennen. Wie alle Patienten bekam sie in der ersten Beschäftigungstherapiesitzung von den Schwestern die Aufgabe, eine etwa 30 cm große menschliche Gestalt aus Ton zu formen, was sie prompt erledigte. Die Mitpatienten sind währenddessen mit eigenen gestalterischen Arbeiten befaßt. Sobald die Figur gebrannt ist, kommt sie im Tagesraum der Patienten mitten auf den Tisch, und der neue Patient erzählt, von seiner Figur ausgehend, von sich. Bei unserer Patientin kamen viele Fragen zum Diabetes, und die Patientin hörte, daß sie so unzumutbar nicht sei, wie sie annehme, vor allem von den anderen Eßgestörten in der Gruppe.

Die Anfangsfigurbesprechung ist ein Beispiel für eine ganze Reihe von regelhaften – kritische Patienten meinen rituellen – Therapiebestandteilen, die fest zum Therapieablauf gehören wie Jahrestage zu einem Entwicklungsgang. Das Pendant zur Anfangsfigur, die Abschlusfigur, wird ebenfalls in der Gruppe besprochen.

Die Aufgabe, eine menschliche Gestalt herzustellen, kann für ich-strukturell gestörte Patienten sehr schwierig sein. Unsere Patientin, obwohl mit einer erheblichen narzißtischen Problematik belastet, hatte noch genügend integrierte Ich-Anteile, um sie zu bewältigen. Die Art der Bewältigung kann mit einiger Erfahrung als Gradmesser für das Ausmaß der Pathologie mit herangezogen werden (vgl. Abschn. 4.6).

Sechs Monate sind am Anfang unendlich lange; auch drei Monate werden schon so erlebt. Seit 1994 beträgt die «Kernzeit» der Therapie drei Monate. Um das Gefühl der Zeitlosigkeit nicht zu sehr zu fördern – analytische Psychotherapie ist die Bearbeitung der Trennung von Anfang an –, spielt im Therapieverlauf eine wiederholte Bestandsaufnahme eine große Rolle, bei welcher der Patient das Erreichte zu beschreiben versucht und Pläne für die verbleibende Therapiezeit macht.

Bei unserer Patientin war nach drei Monaten eine deutliche Gewichtsreduktion eingetreten, die Blutzuckerwerte stabilisierten sich und sie erlebte eine Verbesserung ihres Visus von 50 auf 80 Prozent.

Dadurch, daß sie mit der Gruppe eine weniger strenge Mutter erlebte, konnte sie selbst ihr strenges Über-Ich mildern und weniger rigide mit sich selbst umgehen, brauchte nicht in komplementärer Verleugnung ungehemmt zu essen. Nach dem Aufkeimen einer erotischen Beziehung zu einem Mitpatienten berichtete sie beglückt über ihre erste Menstruation seit acht Jahren, so daß zum Zeitpunkt der Therapiemitte ein deutlicher Symptomrückgang zu verzeichnen war.

Daß es ihr allerdings bis zu diesem Zeitpunkt nur teilweise und unzureichend gelungen war, die Spaltung zwischen ihren Objektbildern aufzuheben, zeigte die Verarbeitung eines Unfalls, der sie wieder vorübergehend auf das exzessive Essen zurückgreifen ließ. Sie trat bei einer, für einen Mitpatienten hilfreichen, für sie bezeichnenden, Geste beim Spiel in ein Loch im Rasen und brach sich ein Zehengrundglied. Sie überspielte die Verletzung, und erst als Schwellung und Schmerzen nicht mehr zu verleugnen waren, reagierte sie mit gekränktem Rückzug.

Dadurch konnte die Symptombesserung auch für das Team als Übertragungsheilung, also als partielles Geschenk an die Therapeuten, verstanden und mit ihr intensiver auf den Umgang mit narzißtischen Kränkungen hingearbeitet werden.

Die anfänglich schon bei SIMMEL zu findende Hypothese, daß auf einer Psychotherapiestation ein vielgestaltiges Übertragungsangebot für jeden Patienten vorfindbar sei und die Pa-

tienten eine multiple Übertragung eingehen könnten, an denen die verschiedenen Konfliktbestandteile sichtbar gemacht werden können, läßt sich an dem Beispiel deutlich machen:

Es bietet sich die Elternübertragung auf das gesamte Team an, die Gesamtheit der Mitpatienten in der Rolle von Geschwistern. Daneben bieten sich der Gruppentherapeut oder einzelne Team- oder Gruppenmitglieder zur Vater- oder Mutterübertragung an oder auch die Gruppe oder die Station als Ganzes als tragende und schützende Mutter der frühen Kindheit.

Das Team hat die Aufgabe, diese verschiedenen Übertragungsfacetten zusammenzutragen. Es geht darum, alle Beobachtungen aus der Gruppentherapie und den anderen Therapieeinheiten, ebenso wie die Freizeitaktivitäten, als deutbares Material zusammenzubringen, soweit die Patienten Einblick gewähren. Besonders ergiebig sind die gemeinsamen Gruppenunternehmungen wie Mannschaftsspiele, Kino- und Theater- oder Museumsbesuche, Wanderungen und Schiffsfahrten. Alles wird zusammengetragen und in seinen Bedeutungsrahmen gestellt, also gedeutet. Dieses Zusammentragen ist eine wesentliche Integrationsleistung des gesamten Teams; sie hat jedoch nicht allein zum Namen «integratives Therapiekonzept» geführt.

Die Ursache der pathologischen Beziehungen der Patienten liegt darin, daß, wie oben beschrieben, unintegrierte Selbst- und Objektbilder fortbestehen, die durch Spaltung, Projektion und ähnliche Abwehrmechanismen in der Außenwelt bestätigt werden müssen. Die Integration dieser Bilder durch Deutung ist der eigentliche Behandlungsschritt.

Ein solcher Integrationsschritt war z. B. der immer wiederholte Hinweis darauf, daß die geschilderte Patientin in der Gruppe und in der Gruppentherapeutin nur freundliche Anteile, eine Art Gegenbild zur Mutter, sehen konnte. Sie konnte so erkennen, daß sie einerseits viel zu brav und zu hilfreich in der Gruppe lebte, sich andererseits selbst mit unerbittlicher Strenge verfolgte. Ihr Verhalten bekam so für sie Bedeutung.

Hier liegt nun eine Gefahr und ein möglicher Kritikpunkt des integrativen Therapiemodells: Bei einem sehr eifrigen Team, einem Team, das einem idealen Integrationskonzept

nacheifert, können sich die Gruppe und der einzelne Patient förmlich überwacht und eingekreist vorkommen. Ein Patient klagte, daß «jeder Pups interpretiert» wird. HEIGL (1978) spricht in diesem Zusammenhang vom Midas-Effekt und meint, daß unter den übereifrigen Therapeutenhänden vermeintlich alles zu psychotherapeutischem Gold werde ... Bekanntlich ist es dem König Midas gar nicht gut bekommen, daß alles, was er anfaßte, zu Gold wurde; er verhungerte nämlich.

Solche Tendenzen hängen mit Allmachtsphantasien der Therapeuten zusammen und sollten in der Supervision sorgfältig analysiert werden. Zufälle und ungedeutete Handlungen muß es geben dürfen.

Das Zusammenleben auf der Station wird durch eine Reihe von Regeln geordnet, die den Patienten vor der Aufnahme in Form der Stationsordnung gegeben werden. Jeder Patient muß die Stationsordnung unterschreiben. Dabei sei betont, daß die Regeln für die Menschen da sind, und nicht umgekehrt. Eine Regelübertretung ist unter Umständen ein deutlicherer Therapieerfolg als lauter eingehaltene Regeln.

So werden die Patienten z. B. verpflichtet, die ersten vier Wochen nur im Bereich der Therapiegruppe zu verbringen und auch nur mit den Gruppenmitgliedern auszugehen. Sie sollten mit dem häuslichen Umfeld nur telefonischen oder brieflichen Kontakt haben. Danach finden am Mittwochnachmittag und an den Wochenenden Probeurlaube statt.

Diese Abmachung ist für die schwerer gestörten Patienten besonders wichtig, weil es meist eine Menge psychosozialer Verstrickungen draußen in der Alltagswelt gibt und das Agieren sozusagen erst in den Binnenraum der Station hereingeholt werden muß, damit es auf der Station stattfindet und nicht nach draußen verpufft. Wir versuchen, aus dem «acting out» ein «acting in» zu machen.

Die Patienten empfinden diese Vier-Wochen-Regelung oft als schmerzhaftes Einschränkung und versuchen sie zu umgehen. Eine Patientin beschrieb ihre Erfahrung einem Neuankömmling gegenüber so: «Du denkst, du erstickst hier, bis du merkst, du kannst das angucken, was dich krank gemacht hat, und brauchst nicht davor wegzurennen.»

Unsere Patientin aus dem Fallbeispiel konnte sich mit dieser Regelung arrangieren, nicht jedoch ihr Vater, der immer wieder bei den Therapeuten und bei seiner Tochter anrief, um sie zum Abbrechen der ihn kränkenden Therapie zu bewegen.

Die Patientin beendete ihre Therapie nach sechs Monaten zwar wesentlich gedämpfter als zur Zeit der Therapiemitte. Trotzdem blieben eine Reihe von Symptombesserungen erhalten, wie eine katamnästische Untersuchung nach vier Jahren ergab. Das Wich-

tigste drückte die Patientin in der Besprechung ihrer Abschlusfigur aus, indem sie sagte, sie habe jetzt in sich jemanden kennengelernt, der Wünsche habe, z. B. auch bisher streng vermiedene Kontaktwünsche zu Männern. Jetzt könne sie die Wünsche verfolgen oder darauf verzichten.

Zu dem geschilderten integrativen Konzept stationärer Psychotherapie sollen noch einige Gedanken zur Indikation ergänzt werden:

SIMMEL nannte in seinem oben zitierten Rundschreiben zur Eröffnung seiner Klinik 1926 die psychotherapeutischen Problempatienten eine Herausforderung. Er nannte Kranke mit schweren Neurosen, mit psychosomatischen Erkrankungen, mit Süchten oder mit schweren Charakterpathologien, die unbehandelt «schließlich durch Selbstmord, im Gefängnis oder im Irrenhaus» enden, «bestenfalls wandern sie für den Rest ihres Lebens von Arzt zu Arzt oder durch die üblichen Sanatorien» (Zit. n. BECKER u. SENF, 1988, S. 5).

Den Begriff der strukturellen Ich-Störung kannte SIMMEL noch nicht; sicherlich entsprechen viele der von ihm genannten Patienten dieser Kategorie, die wir heute zu den narzißtischen Störungen oder zu den Borderlinestörungen rechnen.

Aber nicht nur unter diesen frühgestörten Patienten findet sich die stationäre Klientel. Auch eine Reihe neurotischer Störungen ist auf stationäre Psychotherapie angewiesen, nämlich diejenigen, die durch ihre Symptome (z. B. schwere Phobien, schwere Zwangssymptome) nicht im gewohnten Umfeld bleiben können. Wegen der Organisation der Station als Wohngruppe ohne Krankenhauscharakter ist es in Kliniken wie der hier geschilderten nicht möglich, schwerer Kranke, bettlägerige oder intensiv-medizinisch zu betreuende Patienten aufzunehmen. Diese Patienten, – unter den Psychosomaten gar nicht selten – müssen an psychosomatische Kliniken mit internistischem Schwerpunkt verwiesen werden, während bei Patienten mit Psychosomaten ohne dringenden internistischen Handlungsbedarf eine Aufnahmeindikation gegeben ist. (Die Diabetikerin aus dem Fallbeispiel läßt eine typische Indikation erkennen.) Bei Patienten mit funktionellen Störungen bestimmt die Schwere der seelischen Störung und der funktionellen Be-

einträchtigung die Anzeige zur Aufnahme bzw. alternativ die Entscheidung für eine ambulante Behandlung. Bei den Eßstörungen, Anorexia nervosa und Bulimie, die nach eigenen Untersuchungen (BÖHME-BLOEM u. SCHULTE, 1989) teilweise zu den neurotischen, teilweise zu den frühgestörten Patienten zu rechnen sind, besteht oft wegen der erheblichen pathogenen Verstrickung im häuslichen Umfeld Grund zur Aufnahme.

Süchtige, die noch nicht entzogen sind, können in dieser offenen Stationsstruktur nicht behandelt werden. Bei ihnen sind psychotherapeutische Maßnahmen mit längerem Übungs- und Gewöhnungseffekt ohnehin wirksamer als Konfrontation und Deutung. Suizidale Patienten können wegen fehlender Überwachungsmöglichkeit nicht aufgenommen werden.

Eine typische schleswig-holsteinische Indikation, nämlich die regionale, gilt auch für andere Regionen des Landes, wenn auch dort etwas seltener: Patienten von Inseln oder entlegenen Orten können wegen der langen und umständlichen Anfahrtswege nicht zu einem ambulanten Psychotherapeuten gelangen. Die stationäre Aufnahme ist dann das Mittel der Wahl auch bei stabileren neurotischen Störungen.

Die Gruppenzusammensetzung spielt bei der Indikationsstellung eine wichtige Rolle. Es ist notwendig, einen breiten Entwicklungsquerschnitt in der Gruppe zu haben, immer reifere und früh gestörte Patienten zu mischen, damit eine förderliche Dynamik zustande kommt.

In der stationären Psychotherapie spielen die averbalen oder präverbalen Behandlungselemente eine große Rolle. Ihnen sei ein eigenes Kapitel gewidmet.

#### 4.6 Gestaltungstherapie und körperorientierte Therapien

GREENSON (1967) nennt diejenigen therapeutischen Maßnahmen, die den analytischen Prozeß fördern, ohne ihm direkt zu entsprechen, «nicht analytisch» im Gegensatz zu Medikamentengaben oder verbaler Beruhigung, sogenannten «antianalytischen» Maßnahmen, die einer Einsicht in innere Zusammenhänge eher entgegenstehen.

Hier sollte nun nicht der Eindruck entstehen, daß solche Schritte, wie sie ja in der Psychiatrie und auch im Umgang mit Schwerkranken notwendig sind und als Teil der supportiven Psychotherapie mit zu den psychotherapeutischen Methoden gehören, grundsätzlich zu vermeiden wären. Sie sind aber unter Umständen psychoanalytischen Bemühungen entgegen gerichtet.

Die Psychoanalyse beschäftigt sich mit den verinnerlichten Objekten, den in jedem Menschen im Laufe der Entwicklung entstandenen Repräsentanten der wichtigen Bezugspersonen, die in der Übertragung belebt und in ihrer Auswirkung in der Therapie sichtbar gemacht werden können.

Die Bildung dieser Innenbilder hängt eng mit der Fähigkeit eines Menschen zusammen, Symbole zu bilden. Die Säuglings- und Kleinkindforschung stellt sich seit einigen Jahren intensiv die Frage, in welchem Lebensalter und über welche Entwicklungsschritte die Symbolbildung erfolgt. Dabei ist es wahrscheinlich, daß die Entwicklung der sogenannten präsentativen Symbole, jener Vorstellungen, die unserem Bewußtsein unmittelbar etwas vermitteln, den diskursiven Symbolen (LANGER, 1965 zit. n. JANSSEN, 1987), die der verbalen und zeitlichen Abfolge bedürfen, entwicklungszeitlich vorausgeht.

Musik und bildnerisches Gestalten bedienen sich präsentativer Symbole, die Verschiedenes, auch Konträres, gleichzeitig darstellen können (JANSSEN, 1987). Die Sprachsymbole können dies nur nacheinander in zeitlicher Abfolge.

Mit dem Erwerb der Sprache verändert sich für das Kind vieles im Erleben. Die sogenannte Wiederannäherungskrise nach MAHLER (1975), jene Zeit um den 20. Lebensmonat, in der das Kleinkind aus einer stürmischen Welteroberung mitunter weinerlich anklammernd zur Mutter zurückstrebt, hat wahrscheinlich mehr mit dem Verlust der Ganzheitlichkeit zu tun (STERN, 1985; LICHTENBERG, 1983) als mit dem Verschwinden von Omnipotenzphantasien. Das Kind gewinnt das wesentliche Medium zum intersubjektiven Austausch um den Preis des unmittelbaren ganzheitlichen Erlebens. Es muß globale Gesten in das mühsamere, aber differenziertere Nacheinander von Worten fassen, verliert zugleich ganzheitliche Ausdrucksmöglichkeiten.

Die Fähigkeit zum ganzheitlichen Erleben ist gekennzeichnet durch die schon beim sehr jungen Säugling nachweisbare menschliche Eigenschaft, transmodal, also die Sinnesqualität übergreifend, wahrzunehmen, z. B. Laut-

stärken und Lichtintensitäten miteinander zu verknüpfen oder gefühlte und gerochene Eindrücke miteinander zu identifizieren. (Die getastete und die gerochene Brust und das Gesicht der Mutter sind wahrscheinlich schon gleich nach der Geburt eine Einheit.) Das kinästhetische Körpererleben und die Gefühle, die wir dem Körperschema zurechnen, gehören ebenso wie alle emotionalen Körperwahrnehmungen zum ganzheitlichen Erleben hinzu (vgl. Abschn. 2).

Die Säuglings- und Kleinkindforscher vergleichen den Erwerb der Sprachsymbole und das damit einhergehende teilweise Verlieren des Ganzheitserlebens gern bildhaft mit der Vertreibung aus dem Paradies. In dieser Metapher sind die Sehnsüchte nach präverbaler Ganzheitlichkeit (Paradies) enthalten, die in sublimierter Form, als positive Erinnerungsspuren, Eingang in Ritus und Kunst gefunden haben, und zugleich die Mängel und Defizite (Vertreibung) der frühen Störungen mit ihren Körperbildstörungen und ihrer emotionalen Sprachlosigkeit.

Das Befassen mit präverbalem Erleben hat mit der frühen Entwicklungszeit des Individuums zu tun, mit der Zeit, in der wir die Defizite bei Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Krankheiten annehmen, deren Analysierbarkeit die emotionale Sprachlosigkeit oft entgegenzustehen scheint. Daher integrieren Kliniken, in denen solche Krankheitsbilder behandelt werden, in der Regel präverbale und analytische Elemente.

#### 4.6.1 Gestaltungstherapie

FRANZKE (1977) faßte mit der Bezeichnung Gestaltungstherapie alle nonverbalen Verfahren mit hör- und sichtbaren Produktionen zusammen und schuf für die kreativen nichtsprachlichen Äußerungsformen in der Psychotherapie eine übergreifende Bezeichnung (vgl. JANSSEN, 1982).

##### a) Musiktherapie

In allen Kulturen wurde Musik mit der Vorstellung von Heilung verbunden. Schon in alttestamentarischer Zeit konnte Davids Harfenspiel dem König Saul den bösen Geist vertreiben. Das Musik-Erleben dient primär der Spannungsreduktion oder der emotionalen Aktivierung, es setzt also transmodal am affektiven Aktivierungsniveau an.

Das Musik-Erleben ist bei Rechtshändern in der rechten Hirnhemisphäre lokalisiert (ECCLES, 1988), während das Sprechen und die logischen Operationen

links-hemisphärisch in den entsprechenden Regionen angesiedelt sind. Verbindungen von der rechten Hemisphäre zum limbischen System zeugen von einer besonderen Verbindung zwischen Musik- und Affekterleben. Das menschliche Gehör ist schon intrauterin funktionsfähig und erlischt, wie aus Berichten erwachter tief Komatöser bekannt, deutlich nach den anderen Wahrnehmungsfunktionen. Durch Töne werden unmittelbarer als in allen anderen präverbalen Äußerungsformen Gefühle kommuniziert (belegbar durch das Wiegenlied und die beruhigende Wirkung des mütterlichen Herzschlages für Neugeborene, dem im Korb liegenden Wecker bei der Aufzucht von Hundewelpen). Das menschliche Neugeborene kennt die mütterliche Stimme genau, tonale Kommunikation reicht bis in die früheste Lebenszeit zurück. In bestimmten Behandlungssituationen ist dies zur Herstellung von frühkindlichen Beziehungserlebnissen nutzbar. Mit den beiden Elementen der musikalischen Produktion und der musikalischen Kommunikation (JANSSEN, 1987) bietet die Musiktherapie primäre Begegnung mit dem Selbst (Selbstdarstellung durch tonales Gestalten) und ist zugleich auch ein Medium der Kommunikation mit dem anderen, dem Mitpatienten oder dem Musiktherapeuten. Durch Variation von Rhythmus und Lautstärke kann der Musiktherapeut neben den frühesten auch mannigfache Objektbeziehungsmuster aus späteren Lebenssituationen anstoßen oder mit dem Patienten zusammen entdecken, wenn dieser die Kommunikationsform spontan gewählt hat. Oft gelingt es in tonalen Äußerungen, etwas emotional unmittelbarer zum Ausdruck zu bringen, als es verbal möglich wäre. Die Verbindung von musikalischer Gestaltung und sprachlicher Interpretation steht dann am Übergang zwischen primärem Erleben und Erkennen.

Damit das Musizieren als elementare Äußerungsform ohne Anspruch an Kunstfertigkeit erreichbar ist, werden Instrumente bereitgehalten, die keine technischen Fertigkeiten voraussetzen (Klangstäbe, Trommeln, ORFF'sches Instrumentarium, der große Gong und natürlich die menschliche Stimme).

Wichtig ist, daß die Instrumente zum Spielen einladen, also Regression in Gang setzen.

Musiktherapie kann als Einzeltherapie und als Gruppentherapie stattfinden. Die Aufgabe des Therapeuten ist, zu aktivieren und zu halten, da zu sein, wenn der Patient oder die Gruppe sich auf das Wagnis der spontanen emotionalen Äußerung einlassen konnten.

JANSSEN (1987) stellt das Herstellen von homophonen Verschmelzungserlebnissen bei Patienten mit ausgeprägten symbiotischen Sehnsüchten heraus, ferner Musik als Kampfelement bzw. zur Manipulation oder Zerstörung bei Borderline-Patienten oder zur Durch-

führung von Kontrolle bei zwanghaften Patienten. Die musikalische Art der Beziehungsgestaltung ist in ihrer Wandlung ein Spiegel des gesamten therapeutischen Prozesses. So ist unter Umständen nach genügend langen, vom Musiktherapeuten tolerierten musikalischen Verschmelzungserlebnissen langsam ein Anerkennen des anderen als selbständiges musikalisches Objekt möglich. Damit ist eine Ebene der Selbstdifferenzierung im Zuge der Individuation erkennbar, die aufgrund einer frühen Störung bisher bei einem Patienten nicht sichtbar werden konnte. Dies wird bei JANSSEN durch ein besonders eindrucksvolles Beispiel belegt, das hier referiert werden soll:

«Eine 25jährige Patientin war wegen Angstanfällen, Erstickungsangst und Schluckbeschwerden in stationärer Behandlung. Sie schwankte anfänglich in der Musiktherapie zwischen zwanghaftem Perfektionismus, in welchem sie mit provozierender Selbständigkeit nur ihren eigenen Willen sah, und anklammernder Abhängigkeit. Nachdem dies per paradoxer Verschreibung beides ausdrücklich erlaubt worden war, konnte sie auf eine oral-aggressive Ebene regredieren: Die Patientin wurde fähig, ihre inkorporativen, oral-gierigen Tendenzen ohne Schuldgefühle in die musikalische Interaktion einzubringen. Sie holte sich bei der Musiktherapeutin ständig neue Befriedigung im Spiel. Sie nahm sich, was sie kriegen konnte, kannte kein Maß und kein Zeitgefühl, ließ nicht locker und wollte die Musiktherapeutin nur noch für sich haben, was sich u. a. darin ausdrückte, daß sie ständig zusätzlich Termine haben wollte. Die Musiktherapeutin konnte diesen Vorgang ertragen, auch wenn sie sich erschöpft und ihrer Selbständigkeit in der musikalischen Interaktion beraubt fühlte. Es kamen musikalische Interaktionen am Klavier von bis zu einer Stunde zustande. Das Ertragen dieser inkorporativen Tendenzen führte dazu, daß die Patientin nach und nach das musikalisch andere Objekt als eigenständiges bestehen lassen konnte. Sie konnte neu beginnen, ihre Interaktionen musikalisch und verbal zu gestalten. In musikalischen Improvisationen spielte sie frei und phantasievoll, nicht mehr gebunden an die Interaktionen der anderen und deutlich selbständiger, jedoch ohne analen Trotz» (S. 170).

#### *b) Maltherapie*

Das bildnerische Produkt ist ähnlich wie der Traum ein Mittel, Unbewußtes zu erhellen. Ebenso ist es ganz unmittelbar eine Möglichkeit zur symbolischen Kommunikation, die über die Sprache hinausgeht bzw. ja eigentlich vor der Sprache liegt, da es sich ebenso wie

die musikalische Äußerung präsentativer Symbole bedient, wie wir sahen. Bilder bieten mit ihrer oft unmittelbaren Evidenz dem Patienten die Möglichkeit, sich den vorbewußten Prozessen zu nähern und änstigenden Inhalten in der Externalisierung zu begegnen.

In der Entwicklungsgeschichte ist das Verlangen des Kindes nach Kritzeln und Malen später zu beobachten als der Drang nach und die Produktion von Tönen und Musik. Das Malen gehört mit seinen Wurzeln in die Zeit der Trennung von der primären Bezugsperson. Die präsentativen zeichnerischen Symbole stehen den diskursiven Sprachsymbolen näher. Zugleich dienen Zeichnungen bei Kindern auch der Bewältigung von Trennungserlebnissen verschiedenster Art.

An diese kreative Funktion versucht die analytische Maltherapie anzuknüpfen, indem sie den Patienten anregt, spontan Gefühle in Farben und Formen auszudrücken. Dies geschieht in der entspannten Atmosphäre der Maltherapie angstfreier als beim Sprechen. Auch affektiv sehr stark besetzte Vorgänge können so Ausdruck finden. In Malgruppen können überindividuelle Themen behandelt werden, die Farb- und Formgestalt dient dann der nonverbalen Kommunikation.

Bei der Behandlung Erwachsener drängen meist die Patienten selbst schon während oder kurz nach der Maltherapie zum Sprechen. Somit ist auch der Therapeut leicht verführt, Bilder früh zu deuten, womit der Prozeß der Bildproduktion jedoch abgeschlossen würde. Damit dies nicht geschieht, sollte der Maltherapeut sein deutendes Symbolverständnis nicht zu früh zur Verfügung stellen, sondern die Lust am Bildern dadurch erhalten, daß er erklärend und interessiert kommentierend den Entstehungsprozeß begleitet, sofern der Patient dies braucht.

Er verhält sich damit ähnlich einer Mutter, die ihrem Kind das Spiel in einer anderen Modalität untermalt – z.B. eine Mutter, die das Schieben eines schweren Klotzes mit «Huuh!» kommentiert. Sie teilt den Affekt und macht affektiv Übereinstimmung klar. Damit ist die Therapeutenfunktion bei der Selbstentdeckung des Patienten primär die eines narzißtischen Objektes mit dem kleinen, aber bedeutsamen Unterschied, daß sich der Therapeut eben der anderen Modalität bedient, des interessierten Umschreibens mit

Worten, nicht zu verwechseln mit Interpretation (vgl. STERN, 1985).

Damit wird auch deutlich, daß die tatsächliche Präsenz, die Realpräsenz des Therapeuten hier gefragt ist und nicht die interpretationsbedürftige Übertragungsfigur. Das haltende und tragende Medium der frühen Beziehung wird hier als Vorläufer des Beziehungsgegenübers benötigt.

#### 4.6.2 Körperorientierte Therapiemethoden

Die gestalterischen Elemente, wie sie die Musik- und Maltherapie bereitstellen, sind angesichts früher Störungen und vor allem bei der großen Gruppe psychosomatischer Patienten, die in der stationären Psychotherapie behandelt werden, nicht voll auszuschöpfen, ohne daß der Körper unmittelbar einbezogen wird. Insbesondere das Musikerleben verweist auf Körpererleben – «Musik und Bewegung» gehören in vielen stationären Psychotherapieeinrichtungen als Therapieangebot zusammen oder finden in Form der Tanztherapie statt.

Ein wesentlicher Gedanke zur theoretischen Begründung dieses auf der Erfahrungsebene inzwischen gut etablierten Sachverhaltes ist bei MÜLLER-BRAUN-SCHWEIG (1986) zu finden, der meint, daß die in der Psychoanalyse angestrebte und in der Entwicklungsgeschichte des Menschen nachzuzeichnende Desomatisierung bei Frühgestörten und psychosomatischen Patienten am ehesten über eine Resomatisierung zu erreichen sei.

Neben der *konzentrativen Bewegungstherapie*, die als wohlfundiertes supportives Verfahren weiter unten beschrieben werden soll, sind *funktionelle Entspannung*, bioenergetische Therapie und vor allem auch die *Tanztherapie* an vielen psychotherapeutischen Kliniken bewährte Behandlungsmethoden, die die psychoanalytische Therapie unterstützen, bereichern oder überhaupt erst ermöglichen.

Die freie Körper- und Handlungsassoziation ist nach BECKER (1986) neben dem Traum eine via regia zum Unbewußten. Kreative Ich-Funktionen zu wecken, anzuregen, verfügbar zu machen zur Bewältigung der Konflikte ist im Sinne der Förderung der analytischen Arbeit sinnvoll und günstig. Dem Therapeuten, seiner Selbsterfahrung und soliden Ausbildung obliegt es, ein Abgleiten in rein agierte Interaktion zu verhindern oder aber auch eine solche nutzbar zu machen.

Nach BECKER (1986) hat die *konzentrative Bewegungstherapie* in der Psychotherapie frühgestörter Patienten ihren Platz, weil sie therapeutisch durch die Konzentration auf das Körpererleben auf der Ebene ansetzt, auf der die Entwicklungsdefizite dieser Patienten angesiedelt sind.

Während die psychoanalytische Arbeit die Fähigkeit zur Symbolbildung durch die Sprache weitgehend voraussetzt, indem sie über die verinnerlichten Objekte und die Phantasie verhandelt, läßt die konzentrationale Bewegungstherapie den entwicklungspsychologischen Schritt der Desomatisierung quasi rückwärts machen. Die Desomatisierung, also das Überführen von vegetativen und/oder sensorischen Affekten in kommunizierbares, symbolisch verständliches Affekterleben ist bei diesen Patienten unzureichend entwickelt (vgl. Abschn. 2).

Im Sinne einer therapeutisch unterstützten Resomatisierung und deren sofortiger Verknüpfung mit dem Affekt versucht die konzentrationale Bewegungstherapie, den eigenen Körper wieder verfügbar zu machen und damit Anschluß zu finden an den Primärprozeß mit seinen unstrukturierten Denkvorgängen und den freien Zugang zum Triebhaften.

Über die gemeinsame Übung mit dem Therapeuten bekommt der Patient zugleich einen neuartigen Zugang zur sozialen Wirklichkeit. Auch hier ist wie bei der Mal- und Musiktherapie die Realpräsenz des Therapeuten notwendig, als körperliches Gegenüber zum Anfassen und Imitieren. Schrittweise ist ein Symbolisieren über die Sprache möglich, das jedoch nicht forciert werden sollte.

Bei der konzentrationalen Bewegungstherapie findet besonders ausgeprägt die Vorstellung von der prä- und averbalen sensorischen frühkindlichen Entwicklung Anwendung. Durch die Konzentration auf den Körper (in der Einleitungsphase sich mit geschlossenen Augen auf den Boden zu legen, beim Körper zu bleiben und sich dem umgebenden Raum zuzuwenden) wird das Fremde, Objekthafte am Körper aufgehoben und so subjektivem Erleben zugänglich gemacht. Der Therapeut stellt lediglich Möglichkeiten zur Körpererfahrung zur Verfügung, bietet jedoch kein Übungsprogramm oder vorgegebene Behandlungsziele.



Über die Wahrnehmung von belebter und unbelebter Objektwelt geht die konzentrierte Bewegungstherapie wichtige Schritte der Individualentwicklung nach: «Taktile, visuelle und motorische Erkundung des Raumes, das «Konfrontieren mit den eigenen Körpergrenzen, eins-sein und getrennt sein, abgegrenzt sein von der Umwelt, geben und nehmen, beherrschen und beherrscht werden, eindringen in den Raum, erforschen, Zuwendung zu Gegenständen und Personen» (BECKER, 1986, S. 83).

Ein Schwerpunkt der konzentrierten Bewegungstherapie liegt auf der gruppentherapeutischen Arbeit. Zunächst bietet die Gruppe das notwendig tragende Element, zugleich Anregung zum Imitieren, den Vorläufer der Identifikation, dann die Möglichkeit zur Wahrnehmung und Erforschung von Nähe, Distanz, dem schrittweisen Wahrnehmen der Bedürfnisse anderer, die Fähigkeit zur gemeinsamen Verantwortung. Die letztgenannten Fähigkeiten leiten über zur eigentlichen psychoanalytischen Arbeit.

BECKER stellt eindrucksvoll dar, daß über das nonverbale Element der konzentrierten Bewegungstherapie auch Patienten erreicht werden, die primär als psychotherapeutisch nicht erreichbar angesehen wurden.

Seine grundlegenden «Thesen zur Bedeutung der Integration von Körpererleben im psychoanalytischen Prozeß» seien hier zitiert:

1. Der Primat des Geistes über den Körper kann einem ökonomisch gewünschten Dehumanisierungs- und Entfremdungsprozeß entsprechen, der der Ausübung von Macht, individueller und kollektiver Destruktion dienen kann.
2. Das Wiedergewinnen, die Reintegration und damit die freie Verfügbarkeit über primärprozeßhaftes Denken und Fühlen und die Förderung eines Resomatisierungsprozesses kann unabdingbar für einen Gesundungsprozeß sein.
3. Patienten mit einer ausgeprägten Körperschema-störung unterschiedlicher Genese finden über ein vorwiegend prä- und averbales Psychotherapieangebot oft erstmals Zugang zu ihrer Störung.
4. Die Erlebnisqualität im konkreten Handeln und leib-seelischen Ausdruck fördert die Erinnerung an genetisches Material entgegen der These «agieren statt erinnern».
5. Wo sich im verbalen Bereich vorwiegend die Abwehr und der Triebwunsch mehr ichsynchron zeigt, kommt es im Nonverbalen oft erstmals zu ich-dystonem Erleben. Dabei stellt sich im Nonverbalen oft die Trieb- und Affektseite erstmals dar, wo im Verbalen die Abwehrseite noch ganz im Vordergrund steht.
6. Der nonverbale und insbesondere präverbale Bereich scheint in der Anfangsphase eines therapeutischen Prozesses mehr affektiv besetzt, dem unbewußten Primärprozeßhaften näher und unterliegt weniger der Zensur als der mehr verbale Bereich.
7. Unterschiedliche soziale Schichtzugehörigkeit zwischen Mitpatienten oder zwischen Patienten und Therapeuten führt im prä- und averbalen Bereich gerade in der Anfangsphase einer Therapie zu deutlich weniger Kommunikationsschwierigkeiten als im verbalen Bereich, da man hier mehr von basalen kollektiven Ausdrucksformen ausgehen kann.

## Literatur

- ARGELANDER H: Gruppenprozesse: Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung. Rowohlt, Reinbek 1972
- BECKER H: Körpererleben und Entfremdung – psychoanalytisch orientierte konzentrierte Bewegungstherapie als Therapieeinstieg für psychosomatische Patienten. In BRÄHLER E (Hrsg.) Körpererleben, S. 77, Springer, Berlin 1986
- BECKER H, SENF W: Praxis der stationären Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1988
- BION WR: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften (1961). Klett, Stuttgart 1971
- BION WR: Lernen durch Erfahrung (1962). Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1990
- BÖHME-BLOEM C: Stationäre analytisch orientierte Gruppenpsychotherapie an der Kieler Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik. Schl-Holst Ärztebl 7, 428 – 431, 1986
- BÖHME-BLOEM C, SCHULTE M: Bulimie: unterschiedliche Psychogenese, Symptomenwahl und Therapie. In SPEIDEL H, STRAUSS B (Hrsg.) Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin, S.183, Springer, Berlin 1989
- BOSZORMENYI-NAGY I, FRAMO LL (Hrsg): Familientherapie, Theorie und Praxis. Rowohlt, Reinbek 1975
- BOWLBY J: A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books, New York 1988
- BUCHHOLZ MB: Geschichte in der Geschichte – die unbewußte Weitergabe zwischen den Generationen. In MASSING A (Hrsg.) Psychoanalytische

- Wege der Familientherapie, S. 7, Springer, Berlin 1990
- DORNES M: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Fischer, Frankfurt a. M. 1993
- DÜHRSEN A: Historischer Rückblick zu den Psychotherapierichtlinien. Z Psychosom Med Psychol 33, 318–322, 1987
- ECCLES JC: Geleitwort zu LUBAN-PLOZZA B et al. Musik und Psyche. Birkhäuser, Basel 1988
- ENKE H: Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. Z Psychother Med Psychol 15, 116–124, 1965
- ENKE H: Stationäre Psychotherapie – integrativ oder integrierend? Forum Psychoanal 10, 346–351, 1994
- ERIKSON E: Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze (1959). Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1981
- FABER F, HAARSTRICK R: Kommentar Psychotherapierichtlinien. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Jungjohann, Neckarsulm/München 1988
- FEIEREIS H: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. Marseille, München 1989
- FINGER-TRESCHER U: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenanalyse. Frommann-Holzboog, Stuttgart 1991
- FOULKES SH: Gruppenanalytische Psychotherapie (1964). Fischer, Frankfurt a. M. 1986
- FRANZKE E: Der Mensch und sein Gestaltungserleben (1977). Huber, Stuttgart/Wien 1983
- FREUD S: Die Traumdeutung (1900). GW II/III, 4. Aufl., S. Fischer, Frankfurt a. M. 1968
- FREUD S: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung (1912). GW VIII, S. 376, S. Fischer, Frankfurt a. M.
- FREUD S: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten (1914). GW X, S. 126; S. 134/135, S. Fischer, Frankfurt a. M.
- FREUD S: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1917). GW XI, 5. Aufl., S. 466, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1969
- FREUD S: Wege der psychoanalytischen Therapie (1919). GW XII, S. 181, S. Fischer, Frankfurt a. M.
- FREUD S: Massenpsychologie und Ichanalyse. (1921). GW XIII, S. 73, S. Fischer, Frankfurt a. M.
- FREUD S: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933). GW XV, 3. Aufl., S. 86, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1961
- GREENSON R: Technik und Praxis der Psychoanalyse Bd. 1. (1967). Klett-Cotta, Stuttgart 1981
- HARTMANN H: Ichpsychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie (1950). Klett, Stuttgart 1972
- HEIGL F: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1978
- HEIGL-EVERS A, HEIGL F: Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. Gruppenpsychother Gruppensynd 7, 132–157, 1973
- HEIGL-EVERS A, HEIGL F: Zum Konzept der unbewußten Phantasie in der psychoanalytischen Gruppentherapie des Göttinger Modells. Gruppenpsychother Gruppensynd 11, 6–22, 1977
- JANSSEN PL: Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie. Psyche 36, 541–570, 1982
- JANSSEN PL: Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta, Stuttgart 1987
- KERNBERG O: Objektbeziehung und Praxis der Psychoanalyse (1976). Klett-Cotta, Stuttgart 1981
- KHAN M: Erfahrungen im Möglichkeitsraum. Psychoanalytische Wege zum verborgenen Selbst. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1990
- KINSTON W, COHEN J: Primal repression: Clinical and theoretical aspects. Int J Psycho-Anal 67, 337–355, 1986
- KLÜWER R: Über die Orientierungsfunktion eines Fokus bei der psychoanalytischen Kurztherapie. Psyche 10, 739–755, 1970
- KLÜWER R: Erfahrungen mit der psychoanalytischen Fokalthherapie. Psyche 12, 932–947, 1971
- KÖNIG K, LINDNER WV: Psychoanalytische Gruppentherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1991
- KRAUSE R: Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der «frühen» Störungen. Psychother Med Psychol 38, 77–86, 1988
- LICHTENBERG JD: Psychoanalyse und Säuglingsforschung (1983). Springer, Berlin 1991
- LUBORSKY L: Einführung in die analytische Psychotherapie (1984). Springer, Berlin 1988
- MAHLER M, PINE F, BERGMAN A: Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation (1975). Fischer, Frankfurt a. M. 1982
- MALAN DH: Psychoanalytische Kurztherapie (1963). Huber, Bern; Klett, Stuttgart 1965
- MASSING A (Hrsg) Psychoanalytische Wege der Familientherapie. Springer, Berlin 1990
- MC GLASHAN TH, MILLER GH: The goals of psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy. Arch Gen Psychiat 39, 377–388, 1982
- MERTENS W: Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1–3. Kohlhammer, Stuttgart 1990
- MEYER A-E, STUHR U, DENEKE FW: Psychoanalytische Kurztherapie. Möglichkeiten und Grenzen. In JANSSEN PL, PAAR GH (Hrsg) Reichweite der psychoanalytischen Therapie, S. 55, Springer, Berlin 1989
- MINUCHIN S, ROSMAN BL, BAKER L: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. 2. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1983
- MÜLLER-BRAUNSCHWEIG H: Psychoanalyse und Körper. In BRÄHLER E (Hrsg) Körpererleben, S. 19, Springer, Berlin 1986

- NEUN H: Psychosomatische Einrichtungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1990
- PORTMANN A: Biologische Fragmente einer Lehre vom Menschen. Schwabe, Basel/Stuttgart 1969
- RACKER H: Übertragung und Gegenübertragung (1968). Ernst Reinhardt, München 1982
- RICHTER HE: Patient Familie. Rowohlt, Reinbek 1970
- SANDLER J, SANDLER AM: Das frühere Unbewußte, das gegenwärtige Unbewußte und die Schicksale der Schuld: Eine technische Perspektive. In KUTTER P (Hrsg) Die psychoanalytische Haltung, S. 143, Verl Internat Psychoanal, München/Wien 1988
- SCHEPANK H, TRESS W: Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Springer, Berlin 1988
- SCHULTE JM, BÖHME-BLOEM C: Bulimie. Thieme, Stuttgart 1990
- SCHULTZ-VENRATH U: Ernst Simmels Psychoanalytische Klinik «Sanatorium Schloß Tegel GmbH» (1927–1931) – Beitrag zur Wissenschaftsgeschichte einer psychoanalytischen Psychosomatik. Unveröffentl. Habilitationsschrift Univ. Witten/Herdecke 1992
- SELVINI-PALAZZOLI M: Magersucht (1974). Klett-Cotta, Stuttgart 1982
- STERN D: Die Lebenserfahrung des Säuglings (1985). Klett-Cotta, Stuttgart 1992
- STIERLIN H: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1975
- STRAUSS B, BURGMEIER-LOHSE M: Stationäre Langzeitgruppen-therapie. Asanger, Heidelberg 1994
- THOMÄ H, KÄCHELE H: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2. Springer, Berlin 1988
- WATZLAWICK P, BEAVIN JH, JACKSON DD: Menschliche Kommunikation. Huber, Bern 1969
- WILLI J: Die Zweierbeziehung. Rowohlt, Reinbek 1975
- WINNICOTT M: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse (1953). Kindler, München 1976
- WIRSCHING M: Zum Verhältnis von analytischer und systemischer Familientherapie. In KOEHEL R, OHLMEIER D (Hrsg) Psychiatrie-Plenum, S. 111, Springer, Berlin 1987

## D. Systemische Therapie

LILI SEIDE, BURKARD JÄGER, HELLMUTH FREYBERGER

Der Begriff *Systemische Therapie* beinhaltet Behandlungsmöglichkeiten, die vor allem *Familien* und *Paare* betreffen. Diese Therapieansätze wurden anhand der Modelle der «Mailänder Schule» (SELVINI PALAZZOLI et al., 1978) und der «Neuen Heidelberger Schule» (WEBER et al., 1989) begründet. Deren Orientierung resultierte aus Untersuchungen des «Palo-Alto-Modells». Ihre Begründer setzten sich aus Mitarbeitern des dortigen MRI (Mental Research Institute) zusammen. Sie repräsentierten die Einflüsse verschiedener wissenschaftlicher Fachrichtungen, welche die heutige systemische Familientherapie prägen (SEIDE, 1992).

### 1. Grundannahmen der Systemischen Therapie

Ihren Ursprung nimmt die Systemische Therapie in den Erkenntnissen der System- und Regelungstheorie sowie der Informations- und Kommunikationstheorie. Das Konzept der *Zirkularität* – das heißt: jene elementaren kreisförmigen, ineinandergreifenden Prozesse, die von BATESON (1972, 1979) beschrieben wurden – meint das Individuum in seiner Interaktion mit anderen Familienmitgliedern. Mit diesen bildet es Subsysteme eines monistischen Ganzen. Dieses Konzept, das bis in die achtziger Jahre hinein vorherrschte, wurde nicht nur als *Kybernetik erster Ordnung* beschrieben, sondern auch als eine Grundlage

der «systemischen Familientherapie» bezeichnet (BOSCOLO et al., 1988). Die Systemische Therapie stellt eine Erweiterung dar, indem sie sowohl auf größere Systeme als auch auf Paare und einzelne Anwendung findet. Als Erklärungsmodell dient jetzt die *Kybernetik der zweiten Ordnung*, die eine um den Beobachter erweiterte Sichtweise des ursprünglichen Ansatzes bedeutet. Sie gründet sich auf die Konzepte der kognitiven Biologie und des radikalen Konstruktivismus (v. FOERSTER, 1985; v. GLASERSFELD, 1987; MATURANA et al., 1987).

Danach gibt es keine Wirklichkeit, die ohne Interpretation des Beobachters wahrgenommen werden kann. Mit dieser Erkenntnis wurde nicht nur die Annahme einer einzigartigen, objektiven Realität in Frage gestellt, sondern auch jeder einzelne – definiert als Selbst- und Fremdbeobachter – bringt durch die Interpretation seiner Beobachtungen verschiedene Wirklichkeiten mit hervor. Der Zusammenhang von Vorstellung, Erkenntnis, Interpretation und Verhalten verweist darauf, daß jedem Subjekt die Verantwortung für sein Handeln zukommt. Die Systemische Therapie macht sich die konstruktivistische Theorie von v. GLASERSFELD zunutze. Danach bewirkt nicht die Einsicht in die verursachende Problemlage eine Veränderung, sondern Lösungen werden auch durch eine veränderte Sicht auf die Lage hervorgebracht. Diese Perspektivenwechsel können sich sowohl auf Bilder der Vergangenheit als auch der Zukunft beziehen. Indem neue Wirklichkeitsaspekte sprachlich «erfunden» werden, können die Bedeutungen vergangener Ereignisse relativiert und Zukunftsbilder entworfen werden, denn aus Worten entstehen Sichtweisen, aus denen Handlungen resultieren, und Handlungen wiederum schaffen Realitäten (HINSCH et al., 1991).

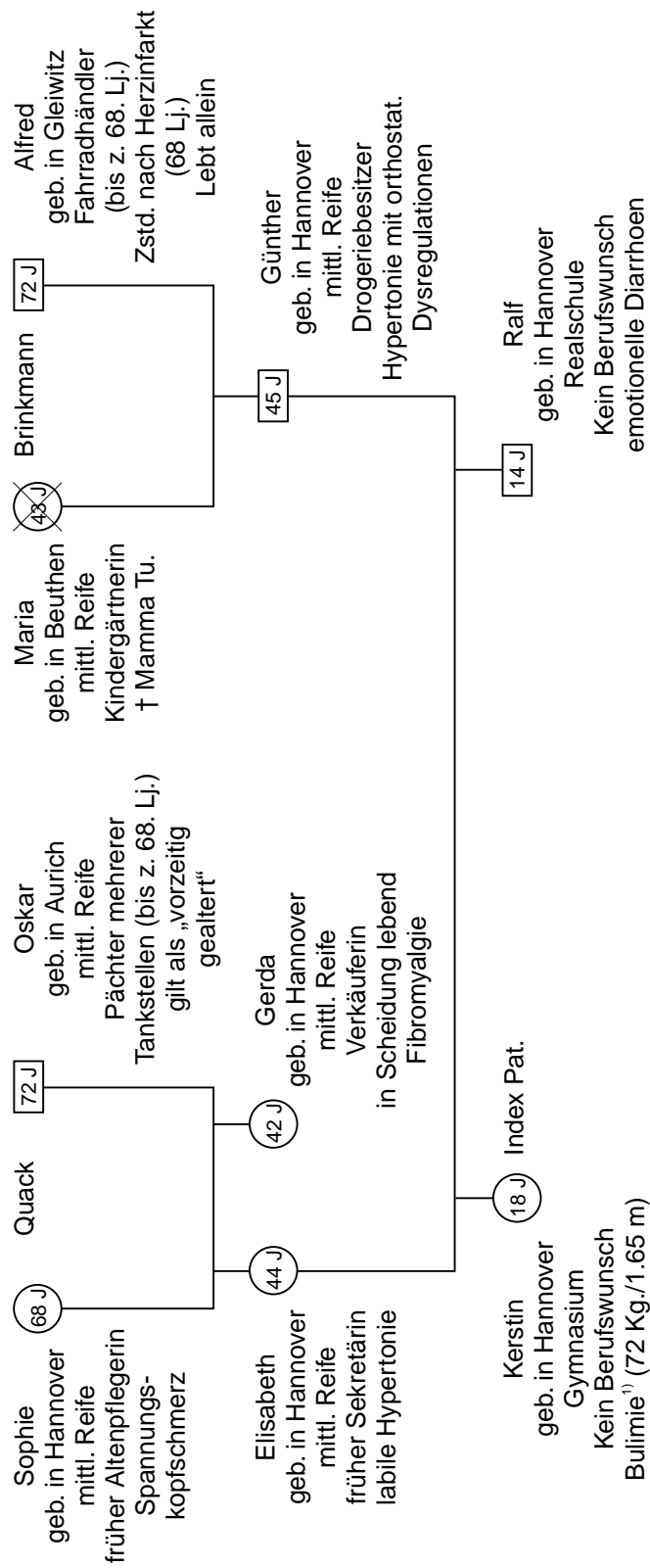
Für das therapeutische Konzept bedeutet die Annahme, daß Wirklichkeiten sprachlich erzeugt werden, von linguistischen Systemen (GOOLISHIAN, 1991) auszugehen, so daß das Behandlungsteam und die zu Behandelnden durch ihre Interaktion zu einem neuen System werden. Innerhalb dieses spezifischen Kontextes gestalten sie durch die wechselseitige Interpretation des beobachteten Verhaltens (verbal und nonverbal) gemeinsam den Therapieprozeß. Das therapeutische Gespräch wird als *Konversation* verstanden, in der die Geschichten der Familien als Matrix des Gespräches mit denen der Therapeuten in Beziehung gesetzt werden und eine neue konversationale Wirklichkeit entstehen läßt (DEISSLER, 1991). Eine einseitige, instruktive Interaktion, das heißt eine einseitige Bestimmung des Gesprächsverlaufs, wie sie dem früheren sogenannten Sender-Empfänger-Modell entspräche, wird dadurch ausgeschlossen. Aufgrund der *Kohärenz* als wesentliches Charakteristikum lebender Systeme (DELL, 1986) müssen die therapeutischen Erfindungen (Geschichten) zum Weltbild der Familie passen, um wirksam sein zu können. Die Kohärenz meint, daß jede Wahrnehmung selektiert und spezifiziert wird, so daß sie in die Organisation des Systems paßt. Dabei ist die individuelle Kohärenz derjenigen der interaktionalen Systeme übergeordnet. Die Entcodierung einer Botschaft ist demnach abhängig von der inneren Wahrnehmungseinstellung des Empfängers. Das heißt auch, daß diese individuelle Kohärenz der Systemmitglieder von anderen weder kontrollierbar noch regelbar und auch nicht einseitig manipulierbar ist (s. Kap. II.A). Vielmehr beinhaltet die Kohärenz jeder einzelnen Person ein Potential, das ihm die Übertragung der Kohärenz auf das interaktionale System ermöglicht (SEIDE, 1992).

Die Kohärenz des Systems resultiert aus dem Zusammenwirken intrapsychischer und interpersoneller Prozesse, die wiederum bestimmten Regeln unterworfen sind. Sie gründen sich auf die jeweiligen Vorstellungen und Wertesysteme der Beteiligten, so daß die Verhaltensweisen, in denen sie ihren Ausdruck finden, auch nur in dem speziellen Kontext verstehbar werden und nur dort ihren Sinn erhalten. Unter dem Begriff *Kontext* werden die Rahmenbedingungen von Interaktion subsumiert. Heute wird zwischen innerem und äußerem Kontext unterschieden

(BUCHHOLZ et al., 1994). Der *äußere Kontext* bezieht sich auf Gesprächsbedingungen wie Ort und Zeit und wird mit Rollen und Regeln verknüpft, die nicht willkürlich austauschbar sind. So hat die Unterscheidung zwischen Arzt und Patient ausschließlich in einem ärztlichen Kontakt Gültigkeit. Dasselbe gilt für die unausgesprochenen, bestehenden Regeln, die mit dem Kontext Arzt-Patient verbunden werden; z. B., der Arzt fragt nach den Beschwerden und untersucht den Patienten, während dieser antwortet und sich untersuchen läßt. Übertragen in einen anderen Zusammenhang, beispielsweise eine Partnerschaft, würde dieselbe Unterscheidung aufgrund der unterschiedlichen Regeln – ein Patient verhält sich gegenüber seinem Arzt anders als gegenüber seiner Ehefrau – eine unverständliche Kommunikation und vermutlich Schwierigkeiten hervorbringen.

Der *innere Kontext* meint Interaktionsregeln, die innerhalb eines Gespräches erzeugt werden. Sie werden durch die mit dem äußeren Kontext verknüpften Erwartungen und Vorstellungen mitbestimmt. Das heißt: Der Patient wird beim Arzt kein großes persönliches Begrüßungszeremoniell erwarten, sondern wird sich befragen und untersuchen lassen wollen. Umgekehrt wird er von seiner Ehefrau eine ganz persönliche Begrüßung (z. B. auch einen Kuß) und keine Untersuchung erwarten. Es wird folglich vorausgesetzt, daß jede Interaktionsform von dem inneren und äußeren Bezugsrahmen (Kontextbedingungen) der Beteiligten abhängig ist. Es bedarf einer expliziten oder impliziten kontextuellen Einigung, um eine gemeinsame Bezugsebene der Interaktion zu erreichen. Ein Symptom, verstanden als Teilaspekt der Interaktion, unterliegt folglich denselben Bedingungen, so daß Lösungen durch Kontext- und Regelveränderungen der Beteiligten herbeigeführt werden können. Indem neue Vorstellungen angeregt und Bedeutungen erzeugt werden, können sowohl der innere als auch der äußere Bezugsrahmen rekursiv eine Veränderung erfahren. Infolgedessen verliert möglicherweise ein Symptom seine Notwendigkeit.

Wenn beispielsweise der Ehemann bis dahin geglaubt hatte, er habe schicksalhaft eine Krankheit erlitten, können mit der Methode des Umdeutens (reframing) neue Perspektiven angeregt werden. Indem bestimmten Verhaltensweisen ein neuer Sinn verliehen wird, kann die Krankheit zu einem aktiven Potential werden, mit dem es dem Ehemann gelingt, seine Bedürfnisse zu zeigen. Der Wunsch nach fürsorglicher Zuwendung



<sup>1)</sup> Aufgetreten im 15. Lj., als Kerstin wegen Nicht-Versetzung im Gymnasium beabsichtigte, in ein auswärtiges Internat zu gehen; gleichzeitig hatte sie gerade einen Freund kennengelernt, vor dessen heftigen Werben sie flüchtete. Wegen der manifest gewordenen Bulimie Entschluß, auf der alten Schule zu verbleiben und sich vom Freund zurückzuziehen.

Verwendete Symbole und ihre Bedeutung:

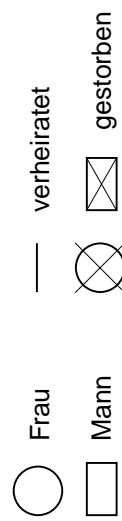


Abbildung 1: Genogramm der Familie Brinkmann (zum Zeitpunkt der beiden Familien-Erstinterviews).

ist dabei lediglich einer Verwechslung unterlegen, indem der Arzt statt die Ehefrau zum Adressaten geworden ist.

Mit teilweise spontan eingestreuten Ideen werden so den Familien indirekt Denkanstöße gegeben und der «Möglichkeitssinn entzündet» (SIMON et al., 1988a). Darüber hinaus können mit zirkulären und hypothetischen Fragen Phantasien, Befürchtungen und Zielsetzungen, die mit bestimmten Verhaltensabläufen verknüpft sind, vorweggenommen und gegebenenfalls modifiziert werden. Mit dieser lösungsorientierten Vorgehensweise der Systemischen Therapie wird der Sicht auf ein – vorerst hypothetisches – zukunftsorientiertes Ziel gegenüber der ursachenbezogenen Einsicht der Vorzug gegeben.

## 2. Systemisch-psychotherapeutischer Prozeß

### 2.1 Äußerer Kontext

#### 2.1.1 Setting

Die Systemische Therapie versteht sich als *Kurztherapie*. Es finden 3 bis 10 bis 20 Sitzungen statt, da wichtige Veränderungen oft schon in wenigen Gesprächen angestoßen werden können. Die Sitzungen erfolgen in vier- bis achtwöchigem oder mehrmonatigem Rhythmus, so daß diese Kurztherapie auch als niederfrequente Langzeittherapie bezeichnet werden könnte. Die relativ großen Sitzungsabstände sollen der Familie die Möglichkeit eröffnen, die in der Behandlung angeregten Veränderungen im Alltag zu erproben und zu konsolidieren. Die jeweilige personelle Zusammensetzung richtet sich einerseits nach den Wünschen des sogenannten *Indexpatienten\**; andererseits aber auch danach, welche jeweilige personelle Zusammensetzung die Therapeuten am ergiebigsten für den derzeitigen Behandlungsprozeß betrachten. Dement-

sprechend können beispielsweise die gesamte Familie oder Patient und Mutter oder Patient und Partnerin oder aber der Patient alleine erscheinen. Daher kann es sich um eine Familien- oder Paar- oder Einzeltherapie (s.u.) handeln, wobei der Ablauf identisch ist und sich die zugrundeliegenden Techniken nur geringfügig unterscheiden (s. u.).

#### 2.1.2 Genogramm

##### a) Definition

Anläßlich der telefonischen oder persönlichen Anmeldung des (Index-)Patienten erstellt ein Therapeut durch eine strukturierte Befragung das sogenannten Genogramm der Familie, das als eine graphische Darstellung der Familienstruktur bezeichnet werden kann. Es sollte Informationen über mindestens *drei Generationen* enthalten. Wichtig sind dabei Name, Alter, Geburts- und Wohnort sowie Schulbildung und Berufstätigkeit *aller* Familienmitglieder; ferner Daten zu Eheschließung, Trennung, Scheidung, Erkrankung und Tod. Im Sinne eines ersten Verständnisansatzes können die Genogramm-Informationen sowohl die Entwicklung der Kernfamilie als auch über mehrere Generationen bestehende Beziehungsmuster in ihrem Kontext verdeutlichen (Abb. 1). Das Genogramm dient den Therapeuten vor allem als eine Art assoziativer Ideensammlung zur Vorbereitung des Erstgesprächs, anläßlich dessen die Anzeige zur systemischen Behandlung gestellt werden soll.

##### b) Erläuterung zu den vorliegenden familiendynamischen Prozessen

Die diagnostische Relevanz des dargestellten Genogramms verdeutlichen wir anhand der wesentlichen Befunde der zwei systemischen Erstinterviews: eines mit der Kernfamilie Brinkmann (Mutter, Vater, Kerstin, Ralf) sowie eines unter ergänzender Einbeziehung auch der (Groß-)Eltern (Sophie und Oskar Quack). Das vorherrschende Kennzeichen der Familien Brinkmann und Quack ist die Dynamik der

---

\*Als ein systemisches Theorieelement von hoher Bedeutung muß die Betrachtungsweise angesehen werden, das «kranke» Familienmitglied als Ausdruck der Fehlfunktion des Gesamtsystems anzusehen. Daher wird diese Person als «Indexpatient» bezeichnet.

*gebundenen Familie*; auch zeichnen sich deren Mitglieder durch ausgeprägte psychosomatische Symptombildungen aus\*. Das hauptsächliche familiäre Interaktionsmuster ist die *Verwischung der Generationsgrenzen*. Diese äußert sich erstens darin, daß eine enge *geographische Mehrgenerationen-Konstellation* vorliegt. Die Großeltern Quack hatten nämlich früher ihren zentralen Lebensinhalt in der Sorge für die beiden Töchter (Elisabeth, Gerda) gefunden und wären nach deren Heirat nicht imstande gewesen, ihrer Ehe ein neues Beziehungsgleichgewicht zu geben. Deshalb hatten sie ihre ganzen Ersparnisse darauf verwendet, frühzeitig auf dem eigenen Gelände zwei Häuser zu bauen: eines für sich und das andere für die Familien beider Töchter.

Zweitens werden die verwischten Grenzen dadurch erkennbar, daß Kerstin eine elterliche Rolle zugewiesen wird (Rollenumkehr im Sinne der *Parentifizierung*). Anamnestisch war eruierbar, daß sowohl deren Großmutter (Sophie Quack) als auch deren Mutter (Elisabeth Brinkmann) ebenfalls von ihren eigenen Eltern parentifiziert worden waren. Deshalb wurden bei ihnen früher eigene infantile Wünsche frustriert. Beide (Groß-)Mütter erwarteten jetzt, daß sie ihrerseits die jeweilige Nachfolgegeneration parentifizieren können. Deshalb wurde die Parentifizierung von einer Generation an die andere weitergereicht, und Kerstin trat sozusagen an die Stelle ihrer eigenen Großmutter. Zu dieser Rollenumkehr gehört auch, daß sie als Erstgeborene die Verantwortung der Eltern bei der Erziehung des jüngeren Bruders zu teilen hat. Drittens findet die Verwischung der Generationsgrenzen dahingehend einen Niederschlag, daß Kerstin eine offene, stabile *Koalition\*\** mit ihrer Großmutter (Sophie Quack) eingegangen ist. Großmutter und Enkeltochter vereint nämlich das Ziel, den Kontext der Bindungsfamilie über drei Generationen nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern auch möglichst harmonisch zu gestalten. Der Großmutter ermöglicht diese Koalition, sich von ihrem Mann (Oskar Quack) zurückzuziehen, weil sie diesen als «entsetzlich langweilig und respektlos» erlebt sowie überall als «vorzeitig gealtert» darstellt. Kerstin dient diese Koalition insbesondere dazu, den eigenen Vater vor der Großmutter zu schützen. Sie kann nämlich dadurch verhindern, daß von dieser der Vater ständig als «un-gebetener familiärer Eindringling» bezeichnet wird. Der Vater, der im Familienverband (nicht beruflich!) durch submissive Modalitäten auffällt, vermag sich

gegen seine Schwiegermutter nicht zu wehren, nachdem er bereits im Kontakt zu seiner (verstorbenen) Mutter (Maria Brinkmann) als betont abhängigkeits-suchend aufgefallen war. Seine Frau Elisabeth koalitiert mit dem Sohn Ralf, den sie als Erfüllung ihres Kindheitswunsches nach einem Bruder erlebt. Dieser verbringt seine Freizeit hauptsächlich damit, daß er in Pfadfinderuniform (Tarnfarbe) und mit Holzsäbel «bewaffnet» selbst-arrangierte «Geländeübungen» praktiziert. Viertens lassen sich die verwischten Grenzen dadurch illustrieren, daß sich Kerstin (als Erstgeborene) innerhalb ihrer Kernfamilie in einer sogenannten *triangulierten\*\*\* Position* befindet. Das heißt: Die Eltern erweitern ihre konflikthafte Zweierbeziehung derart, daß sie – nach Art der «Sündenbock»-Projektion – ihre innerhehliche Spannung auf das bulimische Verhalten von Kerstin projizieren, indem sie diese ständig als «krank» und «böse» hochstilisieren. Infolgedessen ist für die Eltern ein gemeinsames Problem gegeben, so daß sie – zumindest vorübergehend – näher zusammenrücken und den eigenen Konflikt in den Hintergrund treten lassen. Kerstin mußte die Verwirklichung dieser drei familiären Funktionsrollen, die eine Art von «Opfer» angesichts ihrer Herkunftsfamilie darstellen, mit der erheblichen Einschränkung ihrer eigenen Entwicklungsmöglichkeiten bezahlen. Sie wirkte anlässlich der systemischen Familien-Erstinterviews einestils betont altklug und überfürsorglich. Dieser Eindruck wurde zusätzlich noch durch ihre Adipositas verstärkt. Andererseits fiel Kerstin aber auch durch infantile und abhängigkeits-suchende Verhaltensweisen auf.

## 2.2 Innerer Kontext

### 2.2.1 Systemische Familientherapie

Die Gespräche erfordern jeweils einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand: Die therapeutischen Interviews werden im optimalen Fall von zwei gegengeschlechtlichen Therapeuten geführt und von zwei weiteren durch den Einwegspiegel, der den Beobachterraum vom Behandlungszimmer trennt, verfolgt. Die Verlaufsstruktur einer systemisch-fami-

In *gebundenen Familien* basiert das Verhalten ihrer Mitglieder auf der Prämisse, daß Lebenszufriedenheit und Sicherheit nur innerhalb des Systems zu finden sind. Demgegenüber wird die Außenwelt als unsicher und feindlich wahrgenommen. Deshalb erscheinen Veränderungen als bedrohlich, und sie werden mit zentripetalen Kräften gehemmt.

*Koalitionen* sind offene oder verdeckte, wechselnde oder stabile Bündnisse zwischen zwei oder mehreren Mitgliedern der Kernfamilie oder der erweiterten Familie. Zwecks solcher Bündnisse kann die Kooperation im Hinblick auf ein gemeinsames Ziel oder aber die gemeinsame Opposition gegen die Ziele anderer Mitglieder sein (SIMON et al., 1984).

Der in der systemischen Psychotherapie verwendete *Triangulationsbegriff* weicht in seiner Bedeutung von jenem in der Psychoanalyse ab, da er sich auf die Funktion und Struktur des Familiensystems und nicht auf die Entwicklung der individuellen psychischen Struktur bezieht (SIMON et al., 1984).



lientherapeutischen Sitzung besteht insgesamt aus fünf Phasen: *Vorsitzung* (30 Min.), *Behandlungsinterview* (90 Min.), *Zwischensitzung* (30 Min.), *Abschlußintervention* (10 Min.) und *Nachsitzung* (20 Min.).

*a) Vorsitzung:*

Das Therapeuten-Team kommt 30 Minuten vor Interviewbeginn zusammen, um einen gemeinsamen Leitfaden für die nachfolgende Sitzung zu entwickeln. Es werden Grundannahmen über die Familiendynamik erarbeitet, innerhalb derer das Symptom als sinnvoll erscheint. Diese Hypothesen beruhen nicht nur auf Genogrammdaten, sondern auch auf Überlegungen, was sich zwischenzeitlich in der Familie verändert haben könnte und auf welche Themen das bevorstehende Gespräch abzielen sollte. Die gebildeten systemischen Hypothesen sollen dann in der Behandlungssitzung durch die Interviewbefragung überprüft werden. Dabei bestimmt schließlich nicht die Richtigkeit, sondern der *Nutzen* für den therapeutischen Prozeß, ob die Hypothesen aufrechterhalten oder verworfen werden müssen.

In der Vorsitzung stellt sich folglich die Frage, wie das therapeutische System (Familie plus Therapeuten plus Beobacherteam) den Prozeß gestalten kann, damit die Familie ihre Veränderungsfähigkeiten anders nutzt als bisher. Diese wird nämlich als ein mit allen Fähigkeiten ausgestattetes System betrachtet, das seine Organisation mit Hilfe eines Symptoms aufrechterhält, da es die vorhandenen Ressourcen für alternative Lösungswege nicht anders zu nutzen weiß. Mit diesem Behandlungsziel wird deutlich, daß der Therapiefokus auf der *aktuellen Lebenssituation* und ihrer zukünftigen Gestaltung liegt.

*b) Behandlungsinterview:*

Die Befragung der Teilnehmer zielt darauf, möglichst viele Informationen über die Interaktionsmuster zu erhalten. Dadurch soll deutlich werden, in welcher Weise das Symptom in die familiäre Dynamik eingebettet ist. Zu diesem Zweck entwickelten SELVINI PALAZZOLI et al. (1981) eine besondere Fragetechnik, die unter dem Begriff *zirkuläres*

Fragen bekannt wurde. Diese indirekte Form der Befragung gehört zu den elementaren Vorgehensweisen der Systemischen Therapie. Neben diesem hohen Informationsgewinn wurde sie ursprünglich mit der Absicht entwickelt, *Abwehrhaltungen der Familie entgegenzuwirken* und dem einzelnen das Antworten zu erleichtern. Wegen ihres Bedürfnisses nach Erhaltung des gebundenen Systems steht nämlich zunächst die Familie der therapeutischen Veränderung, insbesondere der Beseitigung des Symptoms, ambivalent gegenüber. Das heißt: Einerseits erfüllt die Symptombildung das Bedürfnis nach Nichtveränderung, und andererseits ist der Weg einer Familie in die Therapie als Wunsch nach Veränderung alleine des Symptomträgers (bzw. Indexpatienten) zu interpretieren. In deren bewußter Sicht soll durch dessen Heilung die gewohnte Familiendynamik wiederhergestellt werden, die durch die «Krankheit» gestört worden war\*, indem der Symptomträger (bzw. Indexpatient) geheilt wird.

Mit der Technik der zirkulären Befragung folgten SELVINI PALAZZOLI et al. dem Grundgedanken BATESON's (1981), nach dem jede Information ein Unterschied ist und ein Unterschied immer ein Verhältnis beschreibt. Auf der Basis dieser Annahme untersuchte er die Zusammenhänge von Wahrnehmung, Denken, Erkenntnis und Repräsentation in ihren intrapersonalen und interaktionellen Prozessen. Es bedeutete, daß Menschen in Begriffen und Verhältnissen denken und ihr Erleben, ihre Erfahrungen und ihr Wissen über äußere Ereignisse von ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und dem jeweiligen Kontext abhängig sind (SCHMIDT, 1985). Die Umsetzung dieser theoretischen Überlegungen hieß, die familiären Handlungsmuster zu betrachten, die aus dem rekursiven Zusammenspiel intrapsychischer und interpersoneller Abläufe resultieren.

Bezogen auf das Beispiel Kerstin Brinkmann wären angesichts von deren Kernfamilie (s. Abb. 1) folgende zirkuläre Fragen denkbar:

«Was glauben Sie, Frau Brinkmann, denkt Ihr Mann, wenn er Ihre Tochter nachts in der Küche hört?»

«Was, Herr Brinkmann, tut Ihre Frau, wenn Sie morgens die verwüstete Küche sieht?»

«Wenn Sie, Kerstin, nachts Ihre Bulimie praktiziert haben, streiten dann Ihre Eltern morgens mehr oder weniger?»

\*Die Anwesenheit der Gesamtfamilie erklärt sich aus dem wechselseitigen Verantwortungsgefühl, das überstark ausgeprägt insbesondere bei gebundenen (zentripetalen) Familien anzutreffen ist.

Auf der Basis der zirkulären Interviewführung wird mit Fragen nach dem aktuellen Stand des Problems begonnen, das die Familie in die Therapie geführt hatte. Auch werden die Anwesenden über die Beziehungen der anderen Familienmitglieder, über die Unterscheidungen, die hier interpersonell, räumlich und zeitlich gemacht werden, befragt. Eine besondere Variante stellt die Befragung *nicht-anwesender* Dritter dar. Ihre Präsenz in der Interviewsituation wird hypothetisch angenommen und ihre mögliche Sichtweise über Anwesende erfragt. Damit wird eine weitere Perspektive eingeführt, und die Therapeuten erhalten Informationen über die Bedeutung abwesender Personen für die familiären Beziehungsmuster («Angenommen, Ihre Schwester wäre hier, und ich würde sie fragen, was sie meint, was der Vater tut, wenn sich die Mutter depressiv zeigt, was würde sie mir antworten?»).

Diese (scheinbare) Außenperspektive führt auf eine Metaebene der Kommunikation, die durch den indirekten Stil einer Antwort das subjektiv möglicherweise bedrohliche Moment nimmt. Der Therapierahmen ermöglicht es, die in der Familientradition sonst vielleicht zu verheimlichenden Standpunkte, Koalitionen und Feindschaften anzusprechen. Darüber hinaus verbleibt durch die Frageform die Entscheidung zu antworten bei dem Befragten. Insgesamt wird mit dieser Interviewtechnik das Beobachtungsfeld, in dem die Familienregeln und Muster verstehbar werden, erweitert. Mit der Einbeziehung einer dritten Person kann die Familie aus ihrer linearen Denkweise herausgeführt werden. Diese metakommunikative Ebene ermöglicht ihr, den Blick auf die eigene Beteiligung zu lenken, so daß eindimensionale Ursache-Wirkung-Ketten aufgelöst werden können. Würden zwei Familienmitglieder direkt über ihre Beziehung befragt, ist anzunehmen, daß sie auf der Basis ihres individuellen Kausalitätsverständnisses argumentierten. Die daran gekoppelten, gewohnten Verhaltensweisen blieben Bestandteil ihrer Interaktion. Durch die Befragung eines Dritten wird das System jedoch in seinem üblichen Funktionieren gestört und eine neue Betrachtungsweise möglich. Dabei wird gleichzeitig sichtbar, auf welche Weise die befragte Person in das Verhältnis involviert ist.

Ferner dient die zirkuläre Befragung auch der Einführung von Ideen, welche die Verhaltensweisen auflösen sollen. Diese *Interventionen* sind einerseits in die Fragen der Therapeuten und des Beobacherteams eingebettet, andererseits werden sie der Familie in Form der Abschlußintervention mitgeteilt. Beiden gemeinsam ist, daß sie Unterschiede zu den gewohnten Handlungsabläufen darstellen, die so gewichtet sein müssen, daß sie auch als Neuinformation von der Familie aufgenommen werden können. Das heißt: Sind die Unterscheidungen gegenüber den festgestellten Mustern zu groß, regen sie den Widerstand der Familie an. Sind sie dagegen zu klein, stellen die Interventionen keinen wahrnehmbaren Unterschied dar und stoßen keine alternativen Handlungen an. Diese Einführung von Ideen im Sinne von *intervenierenden oder reflexiven Fragen* (TOMM, 1988) beginnt mit der Exploration der Handlungsabläufe und bezieht sich auf die festgefügtten Vorstellungen von Krankheitsbildern, mit denen sich die Therapeuten vor allem zu Beginn einer Behandlung konfrontiert sehen. Versteht die Familie das Symptom als Zustand eines ihrer Mitglieder, definiert sie damit den Betreffenden als eine Art von Opfer seiner Krankheit. Dies begrenzt den Handlungsspielraum, da sich das familiäre System durch diese Bedeutungsgebung keinen Einfluß auf das Geschehen zuschreibt. Deshalb ist das personenzentrierte Moment des passiven Erleidens auf die Ebene der Interaktion zu transformieren. Die Methode, mit der diese Transformierung erreicht wird, nennen SIMON et al. (1988b) das *Verflüssigen von Krankheiten oder Eigenschaften*. Das heißt: Der individuelle «krankhafte Zustand» wird zu einem Teilaspekt der familiären Interaktion «verflüssigt». Dabei werden in den Fragen Adjektive durch Verben ersetzt.

Beispiele für diesen Ersatz durch Verben sind folgende:

Statt Kerstin hat eine Bulimie: Sie *praktiziert* bulimisches Verhalten;

Statt sie ist magersüchtig: Sie *verzichtet* auf das Essen;

Statt sie ist depressiv: Sie *zeigt* sich depressiv.

Das Verb als dynamisches Moment wird durch die Verwendung familiärer «Schlüsselwörter» (PENN, 1983) «unauffälliger» und so

zu einem leichter annehmbaren Unterschied. Implizit wird damit die Veränderungsmöglichkeit vermittelt, die durch das zirkuläre Befragen von einer Person gelöst und auf das gesamte System übertragen wird. Infolgedessen kann das Problem nicht nur auf dieser dynamischen Verhaltensebene betrachtet werden, sondern verweist gleichzeitig auf das Mitbeteiligtsein aller Familienmitglieder. Jetzt werden weitere Ideen angestoßen, durch die sich die Familie ihrer Einflußmöglichkeiten in Bezug auf die Stabilität und Rückbildung der Symptomatik gewahr werden soll.

Neben den verschiedenen Interventionen der Therapeuten wird der systemisch-psychotherapeutische Prozeß durch das *Team hinter der Einwegscheibe* gefördert, das aktiv an dem Geschehen teilnimmt. Hält es dieses Team für angezeigt, betritt eines seiner Mitglieder den Therapieraum und übernimmt phasenweise das Behandlungsinterview. Im Mittelpunkt dieser direkten Intervention steht dann das *System Familie-Therapeuten*. Im optimalen Fall handelt es sich um eine metakommunikative Betrachtungsweise des therapeutischen Prozesses: «Hinter der Scheibe ist uns aufgefallen, daß Sie (Indexpatientin) immer Frau X ansehen, auch wenn Herr Y Ihnen Fragen stellt. Ist das auch sonst eine Form, wie Sie Männer auf Distanz halten?» Damit wird deutlich, daß es sich um Interventionen handeln kann, die nicht von den Therapeuten eingebracht werden sollten, da sie deren Behandlungsbeziehung gefährden könnten.

Insgesamt wird durch die Außenperspektive einerseits die Informationsvielfalt erhöht und das Identifizieren der typischen familiären Interaktionsabläufe erleichtert. Andererseits verhindern die unterschiedlichen Perspektiven eine Festschreibung der «richtig» erkannten Verhaltensmuster. Für die Familie bieten sich durch die Mehrzahl der Betrachtungsweisen weitere Handlungsalternativen. Darüber hinaus wird das Setting transparenter, da die Beobachter nicht unsichtbar bleiben und die Meinungsverschiedenheiten zwischen Therapeuten und Team in ihrer Gegenwart im Behandlungsraum ausgetragen werden. Der Familie wird durch diesen Prozeß ein konstruktiver Umgang mit konträren Standpunkten veranschaulicht. Insbesondere für die gebundenen, harmonisierenden Familien können diese «Splittings» einen wichtigen Anstoß darstellen, da es sich bei ihnen häufig um konfliktvermeidende Systeme handelt. Gegensätzliche Ansichten sind als Verletzung der unbewußten Fami-

lienregeln «verboten». Mit einem «Splitting» soll nicht nur aufgezeigt werden, daß Widersprüche sich nicht ausschließen, sondern einander ergänzen. Darüber hinaus wird die Ambivalenz einzelner oder der Familie widerspiegelt und das Dilemma der Betroffenen veranschaulicht.

#### c) *Zwischensitzung:*

Bei Beendigung des Behandlungsinterviews bitten die Therapeuten die Familienmitglieder, ihnen gegebenenfalls noch ausstehende, wichtige Informationen für die nachfolgende Besprechung mit dem Team mitzuteilen. Anschließend kommen Therapeuten und Beobachter zusammen, um sich über die Sitzung auszutauschen. Diese Unterbrechung beginnt mit einer «brain-storming»-Phase: Hier erhält jedes Teammitglied die Gelegenheit, individuumsbezogene, emotional besetzte Wahrnehmungen auszudrücken, um dadurch wieder auf eine Metaebene der Kommunikation zu gelangen. Aus dieser Betrachtungsweise werden die Informationen und Beobachtungen des gesamten Behandlungsteams zusammengetragen, um neue systemische Hypothesen zu entwickeln. Auf dieser Basis soll eine Intervention erarbeitet werden, die anschließend der Familie mitgeteilt wird.

#### d) *Abschlußintervention:*

Diese zielt darauf ab, das in der Sitzung Angestoßene zu verstärken. Insbesondere soll das familiäre System dazu bewegt werden, die eigenen Ressourcen als Quelle der Problemlösung zu nutzen. Dies erfolgt vorrangig durch «Splittings» und sogenannte «So-tun-als-ob-Experimente».

Das *Splitting* liegt beispielsweise dann vor, wenn der eine Therapeut die Ansicht vertritt, «daß man angesichts einer so harmonischen Familie davon ausgehen müsse, daß es sich bei der Symptomatik um eine Erkrankung handle, die mit den familiären Beziehungen nichts zu tun habe», während die Therapeutin den Standpunkt äußert, «daß gerade die familiäre Harmonie zur Skepsis anrege und es sich doch lohne, zu gucken, ob nicht doch Probleme unter den Tisch gekehrt worden seien und die Symptomatik darauf hinweisen wolle». Bei der «So-tun-als-ob-Aufgabe» empfiehlt das Behandlungsteam der Familie «zur weiteren Diagnostik» folgendes Experiment: «Die Ehefrau solle einmal in der Woche so tun, als sei ihre Depression lediglich eine Trauer um den Auszug des Sohnes. Der Ehemann wird gebeten, in dieser Woche genauestens darauf zu achten, ob er jenen Tag, an dem sich die Frau nicht depressiv, sondern traurig zeige, von den anderen sechs Tagen unterscheiden könne.»

Damit vermitteln die Therapeuten einerseits die grundlegende Idee von Handlungsalternativen, die hypothetisch geprobt werden können. Andererseits werden sie der Autonomie des Systems – das heißt: auch seiner Fähigkeit, eigene Lösungswege zu entwickeln – gerecht.

*e) Nachsitzung:*

Im Anschluß an die Verabschiedung der Familie treffen sich Therapeuten und Beobachter zu einer abschließenden Besprechung. Hier wird die Wirkung der Intervention auf jedes einzelne Familienmitglied und auf das gesamte System diskutiert. Anhand der Beobachtungen werden noch einmal die Hypothesen überprüft, aus denen die Abschlußintervention entwickelt wurde. Es werden neue Annahmen formuliert, die als Diskussionsgrundlage für die Vorsitzung dienen, mit der einige Wochen oder Monate später das nächste Gespräch beginnt.

### 2.2.2 Systemische Einzeltherapie

Die systemische Familientherapie im klassischen Sinne kann nicht möglich sein, wenn das Symptom vom Patienten und/oder den Familienmitgliedern als betont individuelles Problem erlebt wird. Deshalb kann beim Indexpatienten der Wunsch nach einer Einzeltherapie bestehen. Auch kann die Familie negative Erfahrungen in anderen systemischen Behandlungssituationen gemacht haben, die dann zur Ablehnung einer Familientherapie führen. Mit der systemischen Einzeltherapie wurde ein Verfahren entwickelt, das es ermöglicht, dem Anliegen des Patienten nach Einzelsitzungen gerecht zu werden, ohne auf die Einbeziehung eines familienbezogenen Kontextes ganz verzichten zu müssen. Es wird daher auch als *systemische Familientherapie ohne Familie* (WEISS, 1988) bezeichnet.

Demgemäß basiert das therapeutische Vorgehen auf der konsequenten hypothetischen Einbeziehung der nicht-anwesenden Familienmitglieder (s. o.), wobei der Patient zirkulär über deren Sicht- und Verhaltensweisen befragt wird. Das heißt: Die beschriebenen

systemischen Prämissen, die Verlaufsstruktur und die therapeutischen Techniken werden auf die Einzel-Interviewsituation übertragen. Damit bleibt der Therapiefokus auf den Beziehungsmustern und der familiären Interaktion, so daß die Therapeuten auch in Einzelgesprächen die «Neutralität» oder «Allparteilichkeit» wahren können. Dennoch kommt der therapeutischen Beziehung in Einzelinterviews eine besondere Bedeutung zu. Die Erwartungen an die Therapeuten sind unter Umständen andere als die einer Familie. Die metakommunikative Ebene kann hier als regulativ die Außenperspektive erweitern: «Angenommen, ich würde ein Teammitglied hinter der Einwegscheibe um die Beschreibung unserer Beziehung bitten, wie würde diese aussehen?»

Da die direkte Bestätigung oder Verneinung der phantasierten Antworten der Nichtanwesenden fehlt, werden bei dem Patienten Suchprozesse angeregt, die ihn zu Familiengesprächen motivieren können. Die systemische Einzeltherapie stellt deshalb häufig den Vorläufer einer Familientherapie dar. Es ist jedoch auch der umgekehrte Fall möglich. Steht das Symptomverhalten im Zusammenhang mit einer familiären Ablösung des (Index-)Patienten, wird die Systemische Therapie häufig als Familientherapie begonnen und nach einigen Gesprächen von einer systemischen Einzeltherapie abgelöst. Es handelt sich folglich um zwei einander ergänzende Vorgehensweisen, die je nach Kontext und aktueller Lebenssituation der Betroffenen indiziert sind (s. u.).

## 2.3 Therapeutisches Ziel

Nach WEBER et al. (1988) ist das systemisch-psychotherapeutische *Ziel*, den Mitgliedern des Systems eine fortschreitende *Individuation* zu ermöglichen. Individuation bedeutet zualtererst Abgrenzung, und diese wiederum betrifft das Vermögen, sich in einer neuen, differenzierteren Weise zu unterscheiden. Das heißt: Es sollen therapeutisch gerade dort Unterschiede ermöglicht werden, wo diese bisher vermieden wurden; z. B. das Eintretenkönnen in – vorher gemiedene – Auseinandersetzungen.

gen, ferner: das Durchsprechenkönnen von eindeutigeren – bisher unklar gebliebenen – Beziehungsdefinitionen, schließlich: die Fähigkeit zur Öffnung von Familienaußengrenzen gegenüber der bisher als bedrohlich erlebten Umwelt.

Bei der Familie Brinkmann (s. o.) wurde das therapeutische Ziel nach 10 Sitzungen Familientherapie und 5 Sitzungen Systemischer Einzeltherapie (über einen Gesamtzeitraum von achtzehn Monaten) erreicht. Dies äußerte sich in deutlich faßbaren Verselbstständigungstendenzen der Kerstin. Ihre schulischen Leistungen verbesserten sich, sie faßte den festen Entschluß zum Medizinstudium und holte den Besuch des Tanzkurses nach, um draußen neue Beziehungen anbahnen zu können; die Bulimie ging intensitätsmäßig zurück, und ihr Körpergewicht begann sich zu normalisieren. Gleichzeitig wurde den Eltern schmerzlich bewußt, daß sie früher niemals die Chance besessen hatten, eine solche probierfreudige Spätadoleszenz zu erleben, wie diese jetzt Kerstin ermöglicht wurde. Sie entschlossen sich deshalb zu einer Ehepaartherapie, um auf der nunmehr eigenen, abzugrenzenden Generationsebene einen Neuanfang zu machen.

## 2.4 Indikation

Systematisch erarbeitete *Indikationskriterien* zur Systemischen Therapie in der Psychosomatik sind bislang kaum verfügbar. Nach unserer klinischen Erfahrung ist die Anzeige vor allem dann gegeben, wenn eine gebundene Familienstruktur auf der Mehrgenerationen-Basis vorliegt und infolgedessen das Symptom des (Index-)Patienten mit dem familiären bzw. paarbezogenen System intensiver vernetzt ist (s. Abb. 1). Ferner sollte die Indikation zur systemischen Psychotherapie erwogen werden, wenn ausgeprägte Symptombildungen nicht nur bei dem (Index-)Patienten, sondern auch bei den Familienmitgliedern oder/und dem Partner faßbar werden (s. Abb. 1). Voraussetzung für die endgültige Anzeige ist, daß nicht nur beim (Index-)Patienten, sondern auch bei seinen Angehörigen (wenn es um die Familien- bzw. Paartherapie geht) eine Motivation vorliegt. Diese betrifft insbesondere die Wahrnehmung einer dysfunktionalen Familien- bzw. Partnerinteraktion und/oder einer stark gebundenen Familienstruktur.

## 3. Systemische Gespräche

Im Unterschied zur systemischen Familien- und Einzeltherapie betreffen die systemischen Gespräche ein Setting, das weniger personal- und zeitintensiv ist. Es beschränkt sich auf zwei bis drei Sitzungen, wird von einem Therapeuten durchgeführt und macht auch nicht die gleichzeitige Präsenz eines Teams (hinter der Einwegscheibe) notwendig. Im Mittelpunkt steht ebenfalls die zirkuläre Interviewführung. Das Ziel dieser systemischen Dialoge, die insbesondere bei *chronisch Kranken* angezeigt sind, ist vor allem die vermehrte Informationsgewinnung (s. Kap. V.E, III.F), ferner der Umgang mit krankheitsreaktiv induzierten Problemsituationen innerhalb der Paar- und Familienbeziehungen (s. Kap. III.F) sowie schließlich die Förderung der Motivierung des Patienten für konfliktbearbeitende Psychotherapie (s. Kap. III.F).

## Literatur

- BATESON G: Ökologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt 1972
- BATESON G: Geist und Natur, eine notwendige Einheit. Suhrkamp, Frankfurt 1979
- BOMMERT H, HENNIG Th, WÄLTE D: Indikation zur Familientherapie. Kohlhammer, Stuttgart 1990
- BOSCOLO L, CECCHIN G, HOFFMANN L, PENN P: Familientherapie-Systemtherapie, das Mailänder Modell. Modernes Lernen, Dortmund 1988
- BUCHHOLZ MB, STREECK U: Psychotherapeutische Interaktion, Aspekte qualitativer Psychotherapieforschung. In BUCHHOLZ MB und STREECK U (Hrsg.) Heilen, Forschen, Interaktion, Psychotherapie und qualitative Sozialforschung, S. 67–99, Westdeutscher Verlag, Opladen 1994
- DEISSLER KG: Ko-mentieren, Einladung zu einer Systemischen Poietologie. Gruppendynamik 22, 71–98, 1991
- DELL PF: Klinische Erkenntnis zu den Grundlagen systemischer Therapie. Modernes Lernen, Dortmund 1986
- FOERSTER H v: Sicht und Einsicht, Versuche einer operativen Erkenntnistheorie. In SCHMIDT SJ und FINKE P (Hrsg.) Wissenschaftstheorie, Wissenschaft und Philosophie, Bd. 21. Vieweg, Braunschweig 1985
- GLASERSFELD E v: Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig 1987

- GOOLISHIAN HA: From construction to conversation: A book of readings. Galvastone Family Institute, Galvastone 1989
- GOOLISHIAN HA: Ein Ausgangspunkt für Konversation. In REITER L, AHLERS L (Hrsg.) Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß, S. 89, Springer, Heidelberg 1991
- HENNING Th: Indikationskriterien zur Familientherapie. Hogrefe, Göttingen 1991
- HINSCH J, SCHÖRGHOFER S: Krankheit ist auch nur eine Metapher, Zuschreibung und Versuche zur Auflösung. In REITER L, AHLERS C (Hrsg.) Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß, Springer, Heidelberg 1991
- MATURANA HR, VARELA FJ: Der Baum der Erkenntnis. Scherz, Berlin/München 1987
- PENN P: Zirkuläres Fragen. Familiendynamik 8, 198–220, 1983
- SCHMIDT G: Systemische Familientherapie mit Familien von Adoleszenten. In ROTHHAUS W (Hrsg.) Psychotherapie mit Jugendlichen, S. 59, Modernes Lernen, Dortmund 1985
- SEIDE L: Konstruktion eines kategorialen Beobachtungssystems, Ansätze zur Evaluation des Therapieprozesses in der systemischen Familientherapie. Lang, Frankfurt 1992
- SELVINI-PALAZZOLI M, BOSCOLO L, CECCHIN C, PRATA G: Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett-Cotta, Stuttgart 1978
- SELVINI-PALAZZOLI M, BOSCOLO L, CECCHIN C, PRATA G: Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität. Familiendynamik 6, 124–139, 1981
- SIMON FB, STIERLIN H: Die Sprache der Familientherapie, ein Vokabular. Klett-Cotta, Stuttgart 1984
- SIMON FB, WEBER G: Post aus der Werkstatt: Konjunktivitis. Familiendynamik 13, 364–172, 1988 a
- SIMON FB, WEBER G: Post aus der Werkstatt: Das Ding an sich. Familiendynamik 13, 57–61, 1988 b
- TOMM K: Das systemische Interview als Intervention. System Familie 1, 145–159, 1988
- WEBER G, STIERLIN H: In Liebe entzweit, die Heidelberger Familientherapie der Magersucht. Rowohlt, Reinbek 1989
- WEISS T: Familientherapie ohne Familie. Kösel, München 1988

# E. Verhaltenstherapie

HANS-WERNER KÜNSEBECK

## 1. Einleitung und Definition

Der Begriff Verhaltenstherapie («behavior therapy») wurde erstmals 1953 als Bezeichnung des von SKINNER entwickelten Ansatzes des operanten Konditionierens verwendet (LINDSLEY et al., 1953). Heute zählt die Verhaltenstherapie trotz ihrer kurzen Entwicklungsgeschichte in der Bundesrepublik Deutschland zu den etablierten psychotherapeutischen Verfahren (vgl. MEYER et al., 1991). Verhaltenstherapie war von Anfang an ein Sammelbegriff für eine Vielzahl unterschiedlicher therapeutischer Interventionsmethoden (vgl. EYSENCK u. RACHMAN, 1973), deren Gemeinsamkeit die Orientierung an den sogenannten Lerntheorien sein sollte.

Ursprünglich war die Verhaltenstherapie auf Methoden beschränkt, deren Grundlage das klassische und operante Konditionieren darstellten. Heute ist diese Therapierichtung eher durch den Pluralismus der ihr zugeordneten Methoden und Therapietechniken gekennzeichnet. Aufgrund dieser Differenzierung der Behandlungsmethoden verhaltenstheoretischer Provenienz soll hier nicht der Versuch unternommen werden, eine einheitliche, allgemein akzeptierte Definition für die Verhaltenstherapie vorzustellen; denn es besteht bisher «kein Konsens hinsichtlich der Ziele, Konzepte oder der zugrundeliegenden philosophischen Ansätze, keine zentrale Technik, kein gemeinsamer Begründer und kein Modell, das in allen Richtungen der Verhaltenstherapie Anwendung findet» (FRANKS u. WILSON, 1980, S. 21).

Auf der Grundlage verschiedener Definitionen läßt sich der derzeitige Stand der Verhal-

tenstherapie durch folgende grundlegende Charakteristika beschreiben:

- die Anwendung von Erkenntnissen aus der *empirisch-psychologischen Grundlagenforschung*, insbesondere aus der Sozialpsychologie (unter starker Bezugnahme auf Lerntheorien),
- die *Orientierung am Verhalten* als einer lern- und verlernbaren psychischen Variablen,
- vorrangig eine Konzentration auf *gegenwärtige* statt auf vergangene *Verhaltensdeterminanten*,
- die Betonung der *empirischen Überprüfung* theoretischer Erkenntnisse und praktischer Vorgehensweise unter Heranziehung von Einzelfall- und Gruppenexperimenten sowie
- den starken *Einsatz übender Verfahren*.

Im Rahmen der ursprünglich strengen behavioristischen Sichtweise wurde Verhalten allein im Sinne von beobachtbaren (offenen) Verhaltensweisen verstanden. In neueren verhaltenstherapeutischen Ansätzen werden auch kognitive Phänomene wie Gedanken, Gefühle, Überzeugungen oder Erwartungen einbezogen (vgl. MAHONEY, 1977). Kognitionen – in der ursprünglichen Terminologie «inneres (verdecktes) Verhalten» – werden jetzt nicht lediglich als interne vermittelnde Prozesse, sondern als strukturierende und steuernde Komponenten für emotionale, motivationale, physiologische und motorische Vorgänge aufgefaßt. Durch diesen Entwicklungsprozeß in-

nerhalb der Verhaltenstherapie wurden die simplen Reiz-Reaktions-Modelle der fünfziger und sechziger Jahre überwunden. Heute werden Modelle favorisiert, in denen der Mensch als aktives und reflexives Wesen betrachtet wird (s. u.).

Verhaltenstherapie ist vielfach auf Kritik und Ablehnung gestoßen. Insbesondere wurde in ihr eine oberflächliche – allein auf das Verhalten bzw. Symptom bezogene – Herangehensweise an komplexe menschliche Probleme gesehen. Ohne Zweifel ist Verhaltenstherapie weitgehend eine *symptomzentrierte Therapie*. Im Gegensatz zur Psychoanalyse, die davon ausgeht, daß das beobachtbare Symptom Ausdruck einer tieferliegenden Störung ist, bezeichnet die Verhaltenstherapie mit «Symptom» die psychische Störung selbst. Vor allem beim Einsatz operanter Verfahren (Belohnung – Bestrafung) wurde und wird Verhaltenstherapie der Vorwurf von «Dressur», «Manipulation» oder «Anpassung» gemacht. Charakteristisch für den verhaltenstherapeutischen Prozeß, in den der Patient von Anfang an aktiv einbezogen wird und so früh wie möglich zur Eigenkontrolle angeleitet wird, ist nicht per definitionem Anpassung an bestehende Begebenheiten, sondern auch Hinterfragen überkommener Normen.

Verhaltenstherapie kann als eine direktive Therapie mit einer weitgehend stark strukturierten Behandlung eingestuft werden. So wurden verschiedene formalisierte Modelle für die *Verhaltens- bzw. Problemanalyse* (vgl. SCHULTE, 1976) oder den therapeutischen Prozeß (KANFER u. GRIMM, 1980) vorgestellt. Im *Prozeßmodell* von KANFER und GRIMM (1980) werden sieben Stufen unterschieden. Einerseits sind dies Phasen, die grundsätzlich für psychotherapeutische Prozesse bedeutsam sind, wie 1. die Rollenstrukturierung und der Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses oder 2. Motivierung und Vereinbarung einer Veränderung. In der ersten Phase geht es darum, einerseits die Erwartungen des Patienten zu klären, andererseits von Anfang an zu vermitteln, daß der Patient selbst aktiv werden und Verantwortung für den Verlauf der Behandlung übernehmen muß. Wesentlich für diese Phase ist ebenso die Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient

und Therapeut. In der zweiten Phase sollte die aktive Bereitschaft zu einer Veränderung abgeklärt werden, wobei nicht nur die Beseitigung eines unangenehmen Zustandes, sondern auch die Möglichkeit neuer, wünschenswerter Lebensumstände einbezogen werden sollte. Eine wesentliche Funktion des Therapeuten besteht schon in dieser Phase darin, z. B. durch Rollenspiel Situationen zu schaffen, in denen der Patient erleben und erfahren kann, daß er selbst Möglichkeiten hat und eigene Fähigkeiten einsetzen kann, um Veränderungen herbeizuführen.

Die weiteren Phasen des Therapieprozesses – 3. Verhaltensanalyse, 4. Vereinbarung von Behandlungszielen, 5. Durchführung der Behandlung, 6. Registrieren und Bewerten des Behandlungsfortschritts und 7. Generalisierung und Beendigung der Behandlung – sind eher spezifisch für Verhaltenstherapie und werden in den folgenden Abschnitten näher erläutert. Therapieziele verhaltenstherapeutischer Interventionen können global in Symptomreduktion, der Lösung konkreter Probleme und dem Überwinden eingeschränkter Handlungsfähigkeit, nicht jedoch in einer allgemeinen Veränderung der Persönlichkeitsstruktur oder Selbstentfaltung des Patienten gesehen werden.

Seit 1980 wird die Verhaltenstherapie in der BRD neben den tiefenpsychologisch fundierten Verfahren und der Psychoanalyse in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als eigenständige Psychotherapiemethode genannt.

## 2. Krankheitsmodell

Theoretisch hat sich in der Verhaltenstherapie seit ihren Anfängen vor etwa 40 Jahren ein Wandel von einem linearen Lern-Modell mit dem klassischen Reiz-Reaktions-Schema (S – R) zu einem umfassenderen Systemansatz vollzogen (vgl. KANFER, 1989). Damit einher ging auf der Theorieseite eine Differenzierung des Verhaltensbegriffes mit der Unterscheidung der organisch-physiologischen, emotional-kognitiven und subjektiv-verbalen



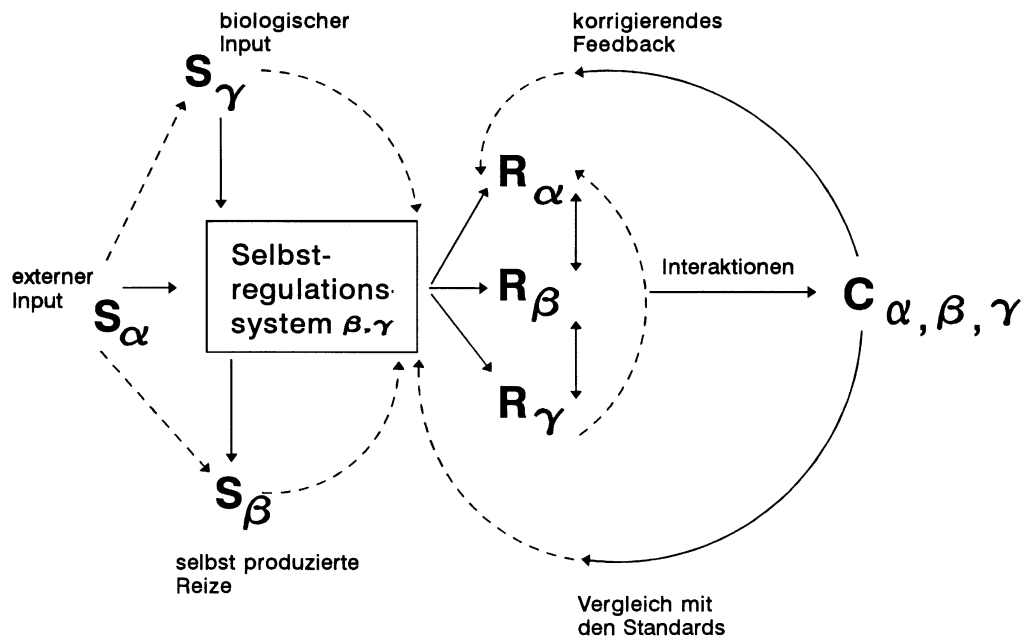


Abbildung 1: System-Modell der Regulation menschlichen Verhaltens nach KANFER u. SCHEFFT (1987).

Beschreibungsebenen sowie in der therapeutischen Praxis die Einbeziehung kognitiv geprägter Therapiemethoden und Strategien, die Berücksichtigung der Therapiemotivation und der Beziehung zwischen Patient und Therapeut (vgl. CASPAR, 1989). Schließlich entwickelte sich auch im Sinne der sogenannten verhaltensmedizinischen Perspektive die Untersuchung des gemeinsamen Einflusses psychosozialer und physiologischer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit (vgl. MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1991).

Während das «klassische» *Lernmodell* seinen Ursprung in der Physiologie des Nervensystems hatte (PAWLOW), werden die heute gebräuchlichen Regelkreismodelle der Komplexität menschlichen Handelns besser gerecht. Im *System-Modell* der Regulation menschlichen Verhaltens von KANFER und SCHEFFT (1987, s. Abb. 1), das heute weitgehend als das verhaltenstherapeutische Basismodell zugrundegelegt wird, sind die aus den früheren S – R – C-Modellen bekannten Elemente der *Situations- bzw. Reiz-Bedingungen* (S), der *Reaktionsmuster* bzw. der Verhaltensweisen der Person (R) und der *Konsequenzen* eines Verhaltens (C) nach wie vor enthalten.

Für die Beschreibung und Analyse des Verhaltens, der situativen Bedingungen und der Konsequenzen werden jeweils drei Ebenen (alpha, beta, gamma) unterschieden. Die Alpha-Ebene bezeichnet alle von außen kommenden Einflüsse oder Umwelt-Bedingungen. Alle nicht-biologischen Ereignisse und Prozesse, die in der Person ablaufen, werden in der Beta-Ebene zusammengefasst. Gemeint sind damit alle internen psychischen Prozesse wie z.B. Gedanken, Gefühle und Einstellungen, die auf persönliche und soziokulturelle (Lern-)Erfahrungen zurückzuführen sind. Im Rahmen dieser Ebene werden verschiedene Modelle aus der kognitiven Psychologie, den sozialen Lerntheorien (z.B. BANDURA, 1979) und sozialpsychologische Theorien (z.B. Theorie der kognitiven Dissonanz) einbezogen. Die Gamma-Ebene schließlich kennzeichnet den biologischen Bereich, d.h. sowohl die genetischen als auch die aktuellen Prozesse und Reaktionen, die ihren Ursprung in physiologischen Strukturen und Funktionen haben. Darüberhinaus spielen in dem System-Modell Aspekte der Selbstregulation unter Einbeziehung von Standards, Erwartungen und kognitiven Verarbeitungsmechanismen sowie die Rückkopplung eine entscheidende Rolle. KANFER und SCHEFFT (1987) betonen, daß die Trennung in verschiedene Ebenen künstlich ist, ihr jedoch für Forschung und Modellbildung ein entscheidender heuristischer Wert zukommt. Bei der Analyse eines konkreten Problems eines Patienten im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Diagnostik besteht das Ziel darin, die ein-

zelnen Bestandteile des Modells im konkreten Fall zu spezifizieren.

Durch die Hinwendung zu dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das ursprünglich von dem Psychoanalytiker George ENGEL (1977) vorgeschlagen worden war, gewann die Verhaltenstherapie auch entscheidende Relevanz für die Behandlung körperlicher Krankheiten. Eine gezielte Beschäftigung verhaltenstherapeutisch orientierter Forschung mit den Wechselwirkungen zwischen behavioralen und somatischen Bedingungen erfolgte in den USA ab Mitte der siebziger Jahre unter dem Begriff *Verhaltensmedizin* («Behavioral Medicine»). Das Ziel des verhaltensmedizinischen Ansatzes wird darin gesehen, die Interaktion zwischen behavioralen, subjektiven und physiologischen Faktoren bei vorwiegend medizinischen Problemstellungen aufzuzeigen und diese Faktoren zu systematischen und empirisch überprüfbaren Modellen zusammenzufassen, um daraus psychologische Interventionen abzuleiten. In diesem Kontext wird einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Verhaltens- und Biowissenschaften betont und andererseits neben Diagnose, Behandlung und Rehabilitation auch dem Aspekt der Prävention besondere Bedeutung beigemessen (vgl. SCHWARTZ u. WEISS, 1980).

Der Terminus *Verhaltensmedizin* ist vielfach problematisiert und kritisiert worden. Es handelt sich hier eher um einen neuen wissenschaftlichen Ordnungsbegriff bzw. um ein neues Einsatzfeld für bekannte verhaltenstherapeutische Konzepte und Methoden, dem in gesundheitspolitischen Diskussionen besonderer Stellenwert beigemessen wird. Ob in diesem Kontext grundsätzlich neue Konzepte und Interventionsstrategien entwickelt werden, bleibt abzuwarten, so daß momentan die von HAND und WITTCHEN (1989) geprägte Bezeichnung «Verhaltenstherapie in der Medizin» dem Gegenstand eher gerecht zu werden scheint.

### 3. Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Wenn Methoden der Verhaltenstherapie bei Patienten mit psychosomatischen Störungen oder psychischen Problemen angewendet werden, impliziert dies eine andere Konzeption der Störung als im medizinischen Denken

üblich: Global werden die Beschwerden bzw. Symptome kognitiver, emotionaler und körperlicher Art als unerwünschte Verhaltensweisen oder Problemverhalten verstanden. Das Ziel der verhaltenstheoretischen Diagnostik besteht darin, die vom Patienten vorgebrachten Beschwerden auf den drei genannten Beschreibungsebenen (organisch-physiologisch, motorisch-verhaltensmäßig, emotional-kognitiv) im Rahmen der *Verhaltens- bzw. Problemanalyse* zu beschreiben und die auslösenden, d.h. «historisch-genetischen Bedingungen», die zur Entstehung des Problems geführt haben, und die Bedingungen, die das Problemverhalten aktuell aufrechterhalten, in der *Bedingungsanalyse* zu eruieren, wobei die beiden Arten von Bedingungen nicht identisch sein müssen. Die Behandlung richtet sich dann nicht nur auf das Symptom, sondern auch auf die aufrechterhaltenden Bedingungen als «Ursachen» des Symptoms.

Diagnostik im Rahmen der Verhaltenstherapie ist auf das praktisch-therapeutische Handeln ausgerichtet, d.h., der Zusammenhang zwischen Diagnostik und Einsatz therapeutischer Methoden wird als sehr eng angesehen. Nach KANFER und SASLOW (1969) stellt die Beantwortung folgender drei Fragen die Grundlage für die Durchführung einer Verhaltenstherapie dar:

1. Welche Verhaltensweisen sollen verändert werden?
2. Wodurch wird dieses Verhalten momentan bedingt?
3. Durch welche therapeutischen Maßnahmen kann die angestrebte Veränderung am besten bewirkt werden?

Diese drei Fragen entsprechen den drei Teilschritten der verhaltenstherapeutischen Problemanalyse, die in Abbildung 2 schematisch dargestellt ist und im folgenden erläutert wird.

Im ersten Schritt der *Problemstrukturierung* werden die umgangssprachlich vom Patienten geschilderten Beschwerden und Probleme strukturiert und die zu verändernden Verhaltensweisen konkretisiert, d.h., es geht um die Darstellung der Phänomenologie des Symptomverhaltens auf der organisch-

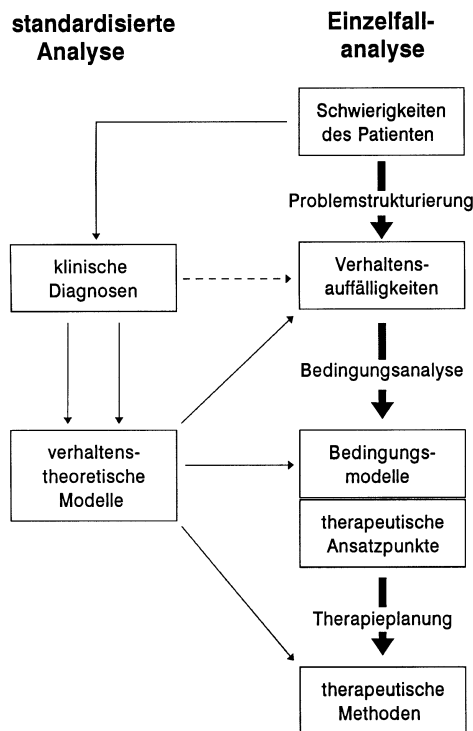


Abbildung 2: Schematisches Modell der Problemanalyse nach SCHULTE (1994).

physiologischen, motorisch-verhaltensmäßigen sowie emotional-kognitiven Ebene und gleichzeitig um die Benennung des erwünschten Zielverhaltens bzw. der Therapieziele.

Die Informationsgewinnung erfolgt durch die *Exploration* des Patienten unter Berücksichtigung seines nicht-verbalen Verhaltens im Gespräch sowie ergänzend durch die *Beobachtung* in Verhaltenstests bzw. im Rollenspiel oder in den als problematisch bezeichneten Situationen des Alltagslebens. Als Hilfsmittel werden auch standardisierte Verhaltenstests teilweise mit apparativer (physiologischer) Registrierung, Verhaltens-Checklisten oder Verhaltens-Tagebücher eingesetzt, wobei der *Selbstbeobachtung* eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. SCHALLER u. SCHMIDTKE, 1983). Ziel dieser Diagnostik sind nicht Aussagen über die Persönlichkeitsstruktur bzw. situationsübergreifende Persönlichkeitseigenschaften, sondern die Erfassung von direkt beobachtbaren Verhaltensweisen in

konkreten Situationen einschließlich der sie steuernden Umgebungsbedingungen.

In der *Bedingungsanalyse* geht es um jene Variablen, die einerseits als Entstehungsbedingungen bzw. Auslöser für die Genese der Störung verantwortlich sind, andererseits um solche Bedingungen und Voraussetzungen, die dazu beitragen, daß das symptomatische Verhalten aufrecht erhalten bleibt. Gegenstand der Bedingungsanalyse sind im Unterschied zu den tiefenpsychologischen Ansätzen in erster Linie die gegenwärtigen Bedingungen und Umstände für die Aufrechterhaltung des Symptoms, die – im experimentellen Sinne – als unabhängige Variablen des Problemverhaltens angesehen werden können.

Die *Funktionsanalyse* schließlich beinhaltet die Untersuchung der Auswirkungen und der mittelbaren (über die Umwelt) und unmittelbaren Rückwirkungen des symptomatischen Verhaltens auf sich selbst oder andere Verhaltensweisen des Patienten im Sinne eines Regelkreises. In diesem Zusammenhang stellte HAND (1989) einige *Symptombfunktionen* dar, die bei Patienten mit psychosomatischen bzw. körperlichen Erkrankungen von besonderer Bedeutung sind. Es handelt sich hierbei um eine veränderte Bewertung der möglichen, unterschiedlichen und dem Patienten nicht unbedingt bewußten Funktionen von Symptombildungen, wobei zwischen intraindividuellen und interaktionellen Funktionen unterschieden werden kann. Eine Symptomatik mit *intraindividueller Funktion* liegt z.B. vor bei einer verhaltenstherapeutisch primär nicht behandelbaren somatischen Krankheit (z. B. Diabetes mellitus). Hier kann Verhaltenstherapie zur Reduktion von Risikofaktoren für Krankheitsrückfälle bzw. zum Aufbau von Bewältigungskompetenz eingesetzt werden. Ebenfalls mit intraindividueller Funktion können z. B. funktionelle Organbeschwerden aufgefaßt werden, die immer dann auftreten, wenn schwerwiegende persönliche oder berufliche Entscheidungen ungeklärt bleiben. Im Sinne *interaktioneller Funktionen* können Symptome verstanden werden, die als Machtinstrument oder als Ausdruck hilflosen Protestes in zwischenmenschlichen Konfliktsituationen dienen oder die Aufforderung an Personen des engeren sozialen Umfeldes darstellen, Ent-

scheidungen zu treffen, die der Patient aufgrund eigener Ambivalenz, mangelnder Risikobereitschaft oder fehlenden Mutes zur Verantwortung zu treffen nicht in der Lage ist.

#### 4. Therapeutische Vorgehensweise und Interventionstechniken

Einen wesentlichen Bestandteil der Verhaltenstherapie und eine notwendige Vorstufe für den Einsatz konkreter Therapietechniken bildet die Vermittlung eines plausiblen Modells für die Genese und Therapie des symptomatischen Verhaltens (vgl. REINECKER, 1987). Mit dieser Vermittlung eines plausiblen Modells kommt man einerseits dem Bedürfnis des Patienten nach einer Erklärung seiner Probleme entgegen und schafft andererseits die notwendige Transparenz des therapeutischen Vorgehens. Die Frage, welches verhaltenstherapeutische Vorgehen bei einem vorliegenden Problem Erfolg erwarten läßt, ergibt sich einerseits aus der Definition des Therapiezieles, andererseits aus Handlungsanweisungen bzw. therapeutischen Regeln. Auf dieser Basis erfolgt die Auswahl eines Änderungsprinzips und einer grundlegenden Strategie bei dem vorliegenden Problem (vgl. FLIEGEL et al., 1981). Ein Rückgriff auf Standardverfahren reicht jedoch für die Durchführung einer erfolgreichen Intervention beim Patienten nicht aus. Es ist vielmehr erforderlich, die einzelnen Interventionsschritte konkret auf das Problem des Patienten und seine Situation abzustimmen.

Jede Kategorisierung der Interventionsmethoden ist in gewissem Grade willkürlich. Wir orientieren uns an SCHWARZ (1985), der die Methoden nach den Kategorien Stimulus- bzw. Reaktionskontrolle, Biofeedback, Modellernen, kognitive Verfahren und Selbstkontrolltechniken unterschied (s. Tab. 1).

##### 4.1 Techniken der Stimuluskontrolle

Bei den Verfahren der Stimuluskontrolle handelt es sich um eine Gruppe von Techniken,

durch die dem Patienten eine Strategie der Bewältigung des Umgangs mit problematischen Situationen vermittelt wird. Das zugrundeliegende Lernprinzip besteht in der sogenannten *Gegenkonditionierung*, bei der eine Reaktion (z. B. Angst), die in einer bestimmten Situation auftritt, dadurch beseitigt wird, daß in der Situation ein anderes Verhalten (z. B. körperliche Entspannung) ausgelöst wird. Die diesem Bereich zuzuordnenden Verfahren reichen von der Systematischen Desensibilisierung (vgl. WOLPE, 1974) über Exposition und Reaktionsverhinderung (MARKS, 1978) bis hin zu Reizüberflutungstechniken (BARTLING et al., 1980). Bei allen genannten Verfahren findet eine *Konfrontation* der Person mit einer in der Regel Angst oder vegetative Reaktionen auslösenden Situation statt. Diese Konfrontation kann nach der Intensität der (Angst-)Reaktion abgestuft und in der Vorstellung (Desensibilisierung in sensu) oder abgestuft und in der realen Situation (Desensibilisierung in vivo) praktiziert werden. Ebenso ist eine abgestufte (Expositionstherapie) oder massierte Konfrontation (Reizüberflutung, Flooding) mit der jeweils auslösenden Situation in der Realität möglich. Im Sinne eines Selbstkontroll- und Selbstmanagementansatzes wird bei den verschiedenen Strategien angestrebt, daß der Patient nach Anleitung durch den Therapeuten die einzelnen Schritte selbstständig durchführt.

Vorgehensweise und Wirkmechanismen der Systematischen Desensibilisierung, die lange Zeit als die wichtigste Methode der Verhaltenstherapie galt, teilweise sogar mit Verhaltenstherapie gleichgesetzt wurde, werden kurz charakterisiert: Spannungstraining, Aufstellen einer individuellen Angsthierarchie und Darbietung der einzelnen Items der Angsthierarchie unter Entspannung sind nach WOLPE (1974) die essentiellen Elemente der Systematischen Desensibilisierung. Als Wirkmechanismus liegt diesem Vorgehen die theoretische Annahme zugrunde, daß es zu einer Unterdrückung von Angstreaktionen kommt und die Verknüpfungen zwischen Angstausslösern und Angstreaktionen abgeschwächt werden, wenn es gelingt, bei einer Person eine zur Angstreaktion antagonistische Reaktion (Entspannung) hervorzurufen, die gleichzeitig mit den angstausslösenden Bedingungen auftritt.

Die Techniken der Stimuluskontrolle – vor allem die systematische Desensibilisierung, aber

Tabelle 1: Interventionsmethoden der Verhaltenstherapie

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Techniken der Stimuluskontrolle   | systematische Desensibilisierung<br>graduierte Löschung<br>Reiz-Überflutungs-Verfahren  |
| Techniken der Konsequenzkontrolle | reaktionskontingente Verstärkung<br>Kontingenzmanagement<br>Token-economy<br>Bestrafungsverfahren   |
| Biofeedback                       | apparative Rückmeldung von Biosignalen  |
| Techniken des Modellernens        | Modellernen in vivo<br>Darbietung symbolischer Modelle  |
| Techniken der Selbstkontrolle     | Selbstbeobachtung<br>Stimuluskontrolle<br>Kontingenzkontrolle<br>Aufstellen von Verträgen   |
| Kognitive Verfahren               | verdecktes Konditionieren<br>kognitive Therapie (BECK)<br>rational-emotive Therapie (ELLIS)<br>Problemlösetraining<br>Selbstinstruktionstraining<br>Streßimpfungstraining |

auch unspezifisch eingesetztes Entspannungstraining (progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON sowie auch Autogenes Training) – werden bei Patienten mit psychosomatischen Störungen am häufigsten im Sinne einer «indirekten, spezifischen Indikation» mit dem Ziel eingesetzt, die meist vorhandene allgemeine psychovegetative Übererregbarkeit zu senken (z. B. bei Bluthochdruck, Störungen der Magen-Darm-Funktionen oder Hyperventilation). Im Sinne einer «direkten, spezifischen Indikation» werden diese Verfahren angewendet, um eine spezifische neuromuskuläre oder vasomotorische Verspannungssymptomatik (z. B. Schiefhals, Schreibkrampf) direkt zu beeinflussen (vgl. VAITL, 1978).

Ein weiteres klassisches Beispiel für die Anwendung von Techniken der Stimuluskontrolle stellen die sogenannten Konfrontationsverfahren bei angstbedingtem Vermeidungsverhalten dar. Wenn das Problem eines Patienten darin besteht, daß er bestimmte Situationen aufgrund (antizipierter) Angst nicht mehr oder nur sehr beschränkt aufsuchen kann, so besteht die Aufgabe des Therapeuten

darin, den Patienten anzuleiten, die gefürchtete Situation (schrittweise) wieder aufzusuchen, damit es zu einer Bewältigung (oder im «klassischen» lerntheoretischen Sinne: Löschung) der Angst kommen kann. Ein derartiges symptomatisches (Vermeidungs-)Verhalten – wie z. B. «nicht im Fahrstuhl zu fahren» oder «nicht in ein Kino zu gehen» – ist nach kognitiv-lerntheoretischer Auffassung deshalb so stabil, weil es durch eine vollständige Vermeidung nicht zu der Erfahrung der Ungefährlichkeit der gefürchteten Situation kommt. Eine «vermeintlich» gefährliche Situation kann man dadurch beenden, daß man sich ihr entzieht (= Flucht) bzw. daß man sich dieser Situation gar nicht mehr aussetzt (= Vermeidung). Die Beendigung einer unangenehmen Situation durch Vermeidung entspricht dem Prinzip der negativen Verstärkung: Das heißt, alle Verhaltensweisen, die zur Abnahme oder zum Nicht-Eintreten gefürchteter, unangenehmer Erfahrungen (z. B. dem Gedanken «ich traue mich nicht», innerer Unruhe, Zittern, vegetativen Symptomen wie Schwitzen, Erröten, usw.) führen, werden in

Zukunft häufiger auftreten. Andererseits nimmt die (Erwartungs-)Angst zu.

Im Rahmen von Konfrontationsverfahren muß der Patient die konkrete Erfahrung machen, daß eine Konfrontation mit der subjektiv gefürchteten Situation nicht den erwarteten Zusammenbruch nach sich zieht. Der Patient wird instruiert, so lange in der gefürchteten Situation zu bleiben, bis die Angst(-reaktionen) «von selbst» geringer werden. Nach einem Erregungsplateau nimmt die Angst ab, so daß es auch zu einer Zunahme des Vertrauens in die eigenen Bewältigungsfähigkeit kommt. Versuche, die Angst zu unterdrücken oder sich abzulenken, sind nicht erlaubt. Es wird betont, daß es in der Therapie um die Vermittlung von Fertigkeiten geht, die selbständig auch bei erneutem Auftreten von Ängsten eingesetzt werden können, um Rückfällen vorzubeugen. Die Patienten werden für die Durchführung der Konfrontationsübung, nicht aber für Angstfreiheit verstärkt (vgl. FIEGENBAUM, 1986). Zur Erklärung des Prozesses der Abnahme von Angst und Vermeidungsverhalten im Rahmen von Konfrontationsverfahren wurden theoretische Ansätze der Gegenkonditionierung (WOLPE, 1974) als auch Gesichtspunkte der Habituation (BIRBAUMER, 1977) herangezogen.

#### 4.2 Techniken der Konsequenzkontrolle

Die Steuerung menschlichen Verhaltens durch Konsequenzen («Lernen am Erfolg») ist Gegenstand der Ansätze, die man der operanten (instrumentellen) Tradition der Lerntheorien zuordnen muß. Die verschiedenen Möglichkeiten der Steuerung von Verhalten durch Konsequenzen und die Folgen für die zukünftige Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens lassen sich vereinfacht vier Kategorien zuordnen:

1. Zunahme eines gewünschten Verhaltens bei direkter positiver Verstärkung (Belohnung).
2. Zunahme eines gewünschten Verhaltens durch negative Verstärkung (Wegfallen unangenehmer Folgen).

3. Abnahme eines unerwünschten Verhaltens durch indirekte Bestrafung (Ignorieren).

4. Abnahme eines unerwünschten Verhaltens durch direkte Bestrafung.

Die Prozesse der Stimulus- und Konsequenzkontrolle stehen in enger Interaktion. Eine Trennung ist weder in theoretischer Hinsicht noch im therapeutischen Kontext möglich. Ein Beispiel für die negative Verstärkung wurde schon bei der Aufrechterhaltung des Vermeidungsverhaltens genannt (s.o.).

Die verhaltenstherapeutischen Techniken, die man der Konsequenzkontrolle zuordnen kann, werden zumeist als operante Verfahren bzw. Strategien des Kontingenzmanagements bezeichnet. Kontingenzmanagement meint dabei, daß die Konsequenzen eines Problem- bzw. Zielverhaltens so arrangiert werden, daß dadurch die Häufigkeit des Zielverhaltens zunimmt (z. B. durch positive Verstärkung). Ein klassisches Beispiel für den Aufbau fehlenden oder unzureichend ausgeprägten Verhaltens stellt der erneute Spracherwerb bei Apoplex-Patienten dar. Die Reduzierung von zu häufig auftretenden Problemverhaltensweisen kann z.B. durch Nichtbeachtung (operante Löschung) erreicht werden. Von sehr eingeschränkter Bedeutung sind (direkte) Bestrafungsverfahren, weil sie neben theoretischen und empirischen Problemen vor allem aus ethischer Sicht fragwürdig sind, so daß ihre Anwendung nur im Extremfall legitim erscheint (vgl. REINEKER, 1987).

Insbesondere bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas wurden operante Verstärkungspläne in der Regel in Form von Verhaltensverträgen («contingency contracting») eingesetzt. In einer solchen Vereinbarung werden die relevanten Bedingungen wie Ziele, Aufgaben des Therapeuten, Aufgaben des Patienten, tägliche Kalorienzufuhr, das Einhalten eines bestimmten Essensplanes oder zu erreichende Gewichtszunahme bzw. -abnahme vereinbart. In stationären Settings werden den Patientinnen zu Beginn der Therapie weitgehend alle Annehmlichkeiten (wie z. B. Bücher lesen, Musik hören, Besuch bekommen) genom-

men und dann im Therapieplan als Verstärker eingesetzt.

### 4.3 Biofeedback

Das Biofeedback-Training – die Rückmeldung biologischer Signale durch technische Methoden – hat das Ziel, Körperfunktionen (wie Blutdruck, Herzschlagfrequenz, Muskeltonus oder Körpertemperatur), die üblicherweise nicht der bewußten Steuerung unterliegen, willkürlich kontrollierbar zu machen. Biofeedback-Methoden können prinzipiell bei allen psychosomatischen Störungen eingesetzt werden, bei denen erkennbare physiologische Funktionsabweichungen zu beobachten sind.

Es kann zwischen unmittelbarer und mittelbarer Kontrolle eines Symptoms unterschieden werden. Bei einem motorischen Tic oder einem Torticollis spasmodicus können – im Sinne einer unmittelbaren Kontrolle – die beteiligten Muskeln über EMG-Feedback schrittweise unter Kontrolle gebracht werden, ähnliches gilt auch für die Sphinkterkontrolle bei funktioneller Stuhlinkontinenz. Häufiger ist jedoch die Anwendung von Biofeedback im Sinne mittelbarer Kontrolle z. B. zum Erlernen willentlicher Entspannung durch EMG- oder Hauttemperatur-Feedback im Rahmen der Therapie chronischer Kopfschmerzen. Eine theoretische Erklärung der Wirkungsweise von Biofeedback steht bisher noch aus, es wurde sowohl der Aspekt des operanten als auch der des klassischen Konditionierens diskutiert. SCHWARZ (1985, S. 273) ging davon aus, «daß eine isolierte Anwendung der Methodik ohne Berücksichtigung des funktionellen Zusammenhanges der Störung und der kognitiven Bewertung der Störung nur selten erfolgversprechend sein dürfte».

Eine abschließende Einschätzung des therapeutischen Wertes von Biofeedback-Methoden ist noch nicht möglich. Nach einer anfänglichen Euphorie infolge von Wissenschafts- und Technikgläubigkeit sowie aufgrund unkritischen Einsatzes durch nicht oder wenig ausgebildete Therapeuten wurde zunehmend Kritik und Skepsis laut. Bei der klinischen Anwendung zeigt die Mehrzahl der besser kontrollierten Untersuchungen keine Überlegenheit der Biofeedback-Methode gegenüber älteren, häufig ökonomischeren Entspannungs- und übenden Verfahren. Nur sehr vereinzelt, beispielsweise im Rahmen der Therapie der funktionellen Stuhlinkontinenz, er-

wiesen sich Biofeedback-Verfahren als effektiver (HÖLZL u. KRÖGER, 1989).

### 4.4 Modellernen

Modellernen beruht auf der Tatsache, daß sich Menschen aufgrund der Beobachtung des Verhaltens anderer Personen dieses Verhalten aneignen bzw. eigene Verhaltensmuster in Richtung des Modellverhaltens ändern (vgl. BANDURA, 1969). Im Unterschied zu anderen Formen des Lernens können selbst komplexe Verhaltensweisen und Handlungen durch Modellernen vom Beobachter relativ rasch nachgeahmt und übernommen werden. Beim Modellernen wird ein Vorbild benötigt, das ein bestimmtes Verhalten vorführt. Dieses Verhalten kann nachgeahmt werden und auch in Situationen gezeigt werden, in denen das Vorbild nicht da ist. Anwendungsbereiche von Modellernen erstrecken sich auf die Bewältigung von angstausslösenden oder belastenden Situationen (z. B. Annäherung an Hunde oder Schlangen bei einer entsprechenden Phobie) sowie das (verbale) Äußern von Gefühlen bei psychosomatischen Patienten.

Dem Bereich des Modellerns werden auch die Ansätze der «Verhaltensübung» und des Rollenspiels zugeordnet. In der Verhaltenstherapie finden diese Methoden insbesondere beim Erwerb komplexer sozialer Verhaltensweisen wie dem Selbstsicherheitstraining bzw. dem Training sozialer Kompetenz Anwendung (vgl. ULLRICH DE MUYNCK u. ULLRICH, 1976). Ein solches Training kann als Einzel- oder Gruppentherapie nach einem standardisierten Programm erfolgen. Ein kurzes Beispiel soll Ablauf und Lernprinzip beschreiben: Nach der Erarbeitung einer konkreten Situation (z. B. sich gegen eine Bevormundung durch die Mutter wehren) verhält sich der Patient in dieser Situation im Rollenspiel zunächst in der gewohnten Art. Dann wird das gewünschte Zielverhalten erarbeitet. Im verhaltenstherapeutischen Rollenspiel werden durch Rollentausch von Patient und Therapeut Beobachtungslernen und Verhaltenseinübung im Wechsel realisiert, teilweise wird auch Video-Feedback eingesetzt.

#### 4.5 Selbstkontrolle und Selbstregulation

Ansätze der Selbstkontrolle gewinnen in der Verhaltenstherapie zunehmend an Bedeutung. Ein grundsätzliches Ziel verhaltenstheapeutischer Interventionen wird darin gesehen, daß der Patient selbst wichtige Aufgaben in eigener Verantwortung durchführt und dadurch lernt, mit seinen Problemen selbst besser umzugehen. Ergänzend zu den beschriebenen verhaltenstherapeutischen Methoden und Prinzipien, die der Patient lernt, um «Fachmann für die Lösung seiner Probleme» zu werden, gibt es eine Reihe von Selbstkontrollverfahren im engeren Sinne. Im Modell der Selbstregulation (KANFER, 1970) werden die Stufen Selbstbeobachtung, Selbstbewertung (anhand bestimmter Standards) und Selbstverstärkung (als Folge eines Vergleichs der Standards mit dem eigenen Verhalten) unterschieden. Mit Selbstkontrolle wird ein Spezialfall der Selbstregulation bei Vorliegen einer speziellen Konfliktsituation bezeichnet. Als Selbstkontrolltechniken im engeren Sinne sind neben der oben genannten Selbstbeobachtung oder den Verhaltenskontrakten, die nicht nur – wie oben dargestellt – stationär, sondern auch ambulant durchgeführt werden können, vor allem die Stimuluskontrolle und Selbstverstärkung bzw. Selbstbestrafung zu nennen.

Stimuluskontrolle bedeutet in der Regel eine Veränderung der physikalischen oder sozialen Umgebung, so daß problematisches Verhalten nicht mehr (so oft) und Zielverhaltensweisen häufiger auftreten. Typische Anwendungsbereiche sind Behandlung von Arbeitsstörungen durch Entfernung von ablenkenden Bedingungen wie Essen, Musikhören usw. oder Kontrolle des Eßverhaltens bei Übergewicht durch Einschränken der Vorrathaltung, Schloß am Kühlschrank usw. Ein Nachteil dieser Verfahren liegt darin, daß die Verhaltensänderungen oft zeitlich beschränkt sind, weil mit der Beendigung der Kontrollmaßnahmen das ursprüngliche Verhalten wieder auftritt.

Die große Relevanz der Selbstkontrollansätze liegt darin begründet, daß sie einerseits einen entscheidenden Beitrag zur Transparenz des therapeutischen Vorgehens leisten, sich andererseits besonders gut bei der Therapie sehr privater (intimer) Probleme anwenden lassen, weil sie von Patienten selbst in natürlichen Situationen eingesetzt werden können. Sy-

stematische Untersuchungen liegen insbesondere für Selbstkontrollprogramme zur Gewichtsreduktion (vgl. PUDEL, 1978) und bei der Behandlung von Spannungskopfschmerzen vor (MITCHELL u. WHITE, 1977). Darüberhinaus kommt den Selbstkontrollansätzen große Bedeutung im Rahmen von Prävention und Rückfallprophylaxe zu.

#### 4.6 Kognitive Verfahren

Während sich die meisten bisher beschriebenen Techniken der Verhaltenstherapie schwerpunktmäßig auf die Modifikation offenen Verhaltens bezogen, wurden in der verhaltenstherapeutischen Praxis schon von Anfang an auch kognitive Interventionsstrategien berücksichtigt (vgl. WOLPE, 1974). Eine explizite Beschreibung und Bearbeitung dieser Methoden erfolgte aber erst seit Mitte der siebziger Jahre. In diesem Kontext sind zunächst nochmals die beschriebenen Selbstkontroll- bzw. Selbstregulationsverfahren zu nennen. Darüberhinaus zählen zu diesem Bereich Verfahren wie verdecktes Konditionieren und Gedankenstopp sowie die spezifischen Methoden zur kognitiven Umstrukturierung wie z. B. der Problemlöseansatz, das «Streß-Impfungs-Training» von MEICHENBAUM, die kognitive Therapie der Depression von A. T. BECK und die «rational-emotive Therapie» (ELLIS, 1977).

Der Problemlöseansatz (D'ZURILLA und GOLDFRIED, 1971) stellt keine Therapiemethode im engeren Sinne dar, sondern beschreibt und systematisiert verschiedene Schritte, die bei der Lösung von Problemsituationen hilfreich sind. Im einzelnen sind dies Problembeschreibung, Erstellen von Alternativen z. B. mit Hilfe von Brainstorming, Treffen einer Entscheidung und Überprüfung. Einsatz findet dieser Ansatz vor allem in der stationären Gruppentherapie.

Das *Streß-Impfungs-Training* (MEICHENBAUM, 1985/1991) bildet eine Therapiestrategie zur Bewältigung von unangenehmen, allgemeinen Streßsituationen. Das Training setzt bei den die Situation begleitenden «Selbstverbalisationen» an und umfaßt drei Phasen: Es beginnt mit einer theoretischen Unterweisung, der das intensive Üben verschiedener



Bewältigungsmethoden unter kontrollierten Streßbedingungen folgt. In dieser Phase geht es um die Einübung positiver Selbstverbalisationen wie «Eins nach dem anderen, die Situation ist zu bewältigen» oder «Es ist gleich geschafft, es war schon schlimmer» bis zum «Ich habe es geschafft». Schließlich geht es um die Erprobung des Gelernten in der Realität unter alltäglichen Streßbedingungen. Große Bedeutung besitzt das Streß-Impfungstraining im medizinischen Bereich bei der Bewältigung unausweichlicher Stressoren wie z. B. bei invasiver medizinischer Diagnostik in Form von Herzkatheteruntersuchungen, Bronchoskopien oder ähnlichem.

Die *kognitive Therapie bei Depressionen* von A.T. BECK (1976) geht aus von dem Ansatz, daß Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression auf die Existenz und Wirkung typischer Denkinhalte und Denkmuster zurückgeführt werden können. Als kognitive Restrukturierung zielt die Methode auf eine Veränderung von irrationalen Annahmen und unlogischen Gedankenabläufen des Patienten. Die Intervention setzt auf mehreren Ebenen an und hat das Ziel, dem Patienten die Fehler in seiner Wahrnehmung und die entsprechenden Schlußfolgerungen vor Augen zu führen, damit er diese verändern kann. Es werden auch explizit konkrete Erfahrungen (z. B. durch Erledigen kleiner Aufgaben) einbezogen, ohne die eine kognitive Umstrukturierung nicht gelingen kann (vgl. BECK, 1976). Eine Anwendung dieses Ansatzes bei nicht-depressiver Problematik erprobte WITKIN (1985) zur Entwicklung eines gesünderen Lebensstils.

#### 4.7 Verhaltenstherapie in Gruppen

Verhaltenstherapie zur Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in Gruppen war in den siebziger Jahren durch wenige standardisierte Programme mit multimodalem Therapieansatz gekennzeichnet (z. B. PIEPER, 1979; FRANKE et al., 1984). Diese gänzlich standardisierten Ansätze zielten auf die Modifikation von erhöhter autonomer Erregung, die Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle von störungsspezifischen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie verbesserte soziale Interaktion oder berücksichtigten unter

motivationalen Aspekten vor allem, daß psychosomatische Patienten eine auf die körperliche Symptomatik zentrierte Lerngeschichte hinter sich haben und psychologischen Erklärungen sehr skeptisch gegenüberstehen.

Seit Anfang der achtziger Jahre wurden in der BRD insbesondere in den verhaltenstherapeutischen Fachkliniken zahlreiche Gruppenkonzepte konzipiert und weiterentwickelt. Während in der frühen Phase vollstandardisierte Trainingsprogramme dominierten, ist heute ein größerer Grad an Flexibilität festzustellen, wobei standardisierte Therapieelemente den jeweiligen klinischen Bedingungen angepaßt werden. Bei den heute praktizierten Gruppenkonzepten wird zwischen Standardgruppen wie z. B. Entspannungstraining oder Selbstsicherheitstraining einerseits und themenzentrierten Gruppen, zu denen vor allen Dingen störungsspezifische Gruppen wie Angstbewältigungstraining, Bulimiegruppe oder Schmerzbewältigung zählen, andererseits unterschieden. Ein Überblick findet sich bei ZIELKE (1993), der zu dem Schluß kam, «daß die Verbreiterung der Anwendungsbereiche verhaltenstherapeutischer Methoden im wesentlichen getragen wurde vom Entwicklungsschwung verhaltenstherapeutischer Gruppenkonzepte».

Ein sehr interessantes verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept wurde von GRAWE et al. (1980) mit den «interaktionellen Problemlösegruppen» vorgestellt und praktiziert. Dieses Konzept wurde bisher nicht weiterentwickelt, zum einen weil der Schwerpunkt auf die Entwicklung störungsspezifischer Gruppenkonzepte gelegt wurde, zum anderen gibt es bisher kaum Ansätze einer originären Verhaltenstherapie durch die Gruppe. Hier wird in der Regel auf gruppendynamische oder psychodynamisch-interaktionelle Konzepte zurückgegriffen.

### 5. Ausblick: Verhaltenstherapie in der Psychosomatik

Allgemein ist Verhaltenstherapie das im Vergleich zu anderen Psychotherapiemethoden am häufigsten auf Effektivität untersuchte Verfahren. Nach GRAWE (1992) hat es sich

«mit solcher Regelmäßigkeit als wirksam zur Herbeiführung der jeweils unmittelbar angestrebten, aber auch generalisierter Veränderungen erwiesen». Verhaltenstherapie hat insbesondere im letzten Jahrzehnt für die Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder effektive Interventionsmethoden entwickelt und erprobt. Eine ausführliche Darstellung älterer Arbeiten findet sich bei BASLER et al. (1979), in den letzten fünf Jahren ist die Zahl der einschlägigen verhaltenstherapeutischen bzw. verhaltensmedizinischen Publikationen sprunghaft gestiegen (z. B. MILTNER et al., 1986; HAND u. WITTCHEN, 1989; MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1991).

Der besondere Beitrag der Verhaltenstherapie zur Psychosomatik kann darin gesehen werden, daß diese Therapieform die unterschiedlichen Bedingungen psychosomatischer Störungen konzeptuell berücksichtigt und methodisch kontrolliert. Insgesamt ist bei der klinischen Anwendung der Verhaltenstherapie eine Hinwendung zu «multimodalen» Programmen mit paralleler Beeinflussung der organisch-physiologischen, motorisch-verhaltensmäßigen und emotional-kognitiven Ebene des Verhaltens zu beobachten.

Auf die Auseinandersetzungen zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, die anfangs weitgehend in Form gegenseitiger polemisierender Bekämpfung geführt wurden und die seit der Veröffentlichung der GRAWE'schen Metaanalysen wieder aufflammen, soll hier nicht näher eingegangen werden. Ansatzweise wurden auch Integrationsversuche unternommen (z. B. WITTMANN, 1981), denen jedoch die meisten Autoren eher ablehnend gegenüber stehen (vgl. KEUPP u. KRAIKER, 1984). Unter sehr pragmatischen, in der Regel theoretisch wenig reflektierten Gesichtspunkten werden in der klinischen Praxis verhaltenstherapeutische Verfahren und Psychoanalyse auch zunehmend parallel angewendet (vgl. FÜRMAIER 1987).

## Literatur

- BANDURA A: Principles of behavior modification. Holt, New York 1969
- BANDURA A: Sozial-kognitive Lerntheorie. Klett-Cotta, Stuttgart 1979
- BARTLING G, ECHELMAYER L, ENGBERDING M, KRAUSE R: Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Kohlhammer, Stuttgart 1980
- BASLER HD, OTTE H, SCHNELLER T, SCHWOON D: Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. Kohlhammer, Stuttgart 1979
- BECK AT: Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press, New York 1976
- CASPAR F: Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern 1989
- EYSENCK HJ, RACHMAN S: Neurosen – Ursachen und Heilmethoden. Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1973
- FLIEGENBAUM W: Longterm efficacy of exposure in vivo for cardiac phobia. In HAND I, WITTCHEN HU (eds) Panic and phobias. S. 47, Springer, Berlin 1986
- FLIEGEL S, GROEGER WM, KÜNZEL R, SCHULTE D, SORGATZ H: Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Urban & Schwarzenberg, München 1981
- FRANKS CM, WILSON GT: Jahresüberblick der Verhaltenstherapie 1979. Entwicklungen in Theorie, Forschung und Praxis. DGVT, Tübingen 1980
- GRAWE K, DZIEWAS H, WEDEL S: Interaktionelle Problemlösungsgruppen – ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept. In GRAWE K (Hrsg.) Verhaltenstherapie in Gruppen. S. 266, Urban & Schwarzenberg, München 1980
- GRAWE K: Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau 43, 132–162, 1992
- HÖLZL R, KRÖGER C: Verhaltensmedizinische Aspekte funktioneller Verdauungsstörungen. In HAND I, WITTCHEN HU (Hrsg.) Verhaltenstherapie in der Medizin. S. 229, Springer, Berlin 1989
- KANFER FH: Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen während der letzten 30 Jahre. In HAND I, WITTCHEN HU (Hrsg.) Verhaltenstherapie in der Medizin. S. 1, Springer, Berlin 1989
- KANFER FH, GRIMM LG: Managing clinical change: A process model of therapy. Behavior Modification 4, 419–444, 1980
- KANFER FH, SCHEFFT BK: Self-management therapy in clinical practice. Research Press, Champaign 1987
- LINDSLEY OR, SKINNER BF, SOLOMON HL: Studies in behavior therapy. Status report I. Metropolitan State Hospital, Waltham 1953
- MAHONEY M: Kognitive Verhaltenstherapie. Pfeiffer, München 1977
- MARGRAF J, SCHNEIDER S: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Springer, Berlin 1990

- MEERMANN R, VANDEREYCKEN W (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Schattauer, München 1991
- MEICHENBAUM DH: Stress inoculation training. Pergamon Press, New York 1985. Dt: Intervention bei Streß. Huber, Bern 1991
- MEYER AE, RICHTER R, GRAWE K, SCHULENBURG JM Graf v.d., SCHULTE B: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. UKE, Hamburg 1991
- REINECKER H: Grundlagen der Verhaltenstherapie. Urban & Schwarzenberg, München 1987
- SCHALLER S, SCHMIDTKE A: Verhaltensdiagnostik. In GROFFMANN KJ, MICHEL L (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie. B.II: Psychologische Diagnostik. Bd. 4: Verhaltensdiagnostik. S. 489, Hogrefe, Göttingen 1983
- SCHULTE D: Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In SCHULTE D (Hrsg.) Diagnostik in der Verhaltenstherapie. S. 75, Urban & Schwarzenberg, München 1976
- SCHULTE D: Diagnostische Ansätze in der Verhaltenstherapie. In JANSSEN PL, SCHNEIDER W (Hrsg.) Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. S. 135, Gustav Fischer, Stuttgart 1994
- SCHWARTZ GE, WEISS SM: Behavioral medicine revisited: An amended definition. J Behav Med 1, 3–12, 1980
- SCHWARZ D: Verhaltenstherapie. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg) Psychosomatische Medizin. S. 268, Urban & Schwarzenberg, München 1985
- ULLRICH DE MUYNCK R, ULLRICH R: Das Assertiveness-Trainings-Programm ATP. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. Pfeiffer, München 1976
- VAITL D: Entspannungstechniken. In PONGRATZ LJ (Hrsg.) Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8.2. S. 187, Hogrefe, Göttingen 1978
- WITKIN G: Healthy living. In ELLIS A, BERNARD ME (eds) Clinical applications of rational-emotive therapy. S. 181, Plenum Press, New York 1985
- WOLPE J: Praxis der Verhaltenstherapie. Huber, Bern 1974
- ZIELKE M: Zielsetzungen und Funktionen der Gruppentherapie in der stationären Behandlung. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 6, 6–14, 1993

## F. Supportive Psychotherapie

HELLMUTH FREYBERGER, JUTTA NORDMEYER, HARALD J. FREYBERGER

### 1. Definition

Dem englischen Adjektiv «supportive» liegt das Verb «to support» zugrunde. Übersetzt bedeutet es «unterstützen», «helfen», «beistehen», «fördern» und «einstehen für» (KIND et al., 1993). Im psychotherapeutischen Spektrum wird der Begriff «supportiv» innerhalb der folgenden drei Behandlungskontexte verwendet (Abb. 1):

1. als Bezeichnung für eine bestimmte Technik im Rahmen der analytischen Psychotherapie, die nicht primär die Förderung von Einsicht mit Hilfe von Deutungen bezweckt: sogenannte ergänzende supportive Arbeitsbeziehung (LUBORSKY, 1988);
2. als Ausgangspunkt der Motivationsarbeit für konfliktbearbeitende Psychotherapie auf der Basis von drei Interview- und Behandlungsstufen;

| analytische Therapie   | eigenständiger supportiv-psychotherapeutischer Ansatz   |
|--|---|
| <p><u>ergänzende</u><br/>hilfreich - unterstützende<br/>Arbeitsbeziehung</p> | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><u>Motivationsarbeit:</u></p> <p>↓</p> <p>Sprechen über sich</p> <p>↓</p> <p>Differenzierteres Erleben<br/>eigener Gefühle</p> <p>↓</p> <p>Einsicht in Zusammenhänge<br/>von Symptom und<br/>auslösender Situation</p> <p>↓</p> <p>beginnende<br/>Selbstreflektion</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><u>sog. Ichstärkung:</u></p> <p>↓</p> <p>Sprechen über sich</p> <p>↓</p> <p>Gefühl der Sicherung<br/>angesichts des Therapeuten</p> <p>↓</p> <p>Thematisierenkönnen<br/>von Kränkungsgefühlen</p> </div> </div> |

Abbildung 1: Supportive Psychotherapie-Elemente bei neurotischen und psychosomatischen Patienten.

3. als Charakterisierung jener psychotherapeutischen Methode, die ein umschriebenes Behandlungsziel anstrebt; nämlich eine sogenannte Ich-Stärkung, ohne daß gleichzeitig eine psychoanalytisch orientierte Konfliktbearbeitung erfolgt: eigenständige supportive Kurzzeit- oder Langzeittherapie sowie supportive Interventionen bei chronisch körperlich Kranken.

### 1.1 Ergänzende supportive Arbeitsbeziehung innerhalb der analytischen Psychotherapie

Im Rahmen seines Konzeptes der analytischen Psychotherapie (s. Kap. III.C) faßt LUBORSKY (1988) unter dem Begriff «supportiv» jene Aspekte seines Konzeptes zusammen, die sich im Erleben des Patienten – bezogen auf die Behandlungssituation und die Beziehung zum Therapeuten – als «hilfreich-unterstützend» erweisen können. Dieser supportive Aspekt sei in der Sicht des Arztes weniger auf dessen psychoanalytisch spezifisches Zuhören, Verstehen, Intervenieren und wiederum Zuhören ausgerichtet, sondern stelle vielmehr einen unspezifisch-kurativen Faktor dar. Deshalb formulierte LUBORSKY den Begriff der «ergänzenden supportiven Arbeitsbeziehung». Sie diene dazu, dem Patienten beim Erreichen seines konfliktorientierten Behandlungszieles zu helfen. Dieser Faktor dürfe aber während der analytischen Psychotherapie nicht derart dominieren, daß dadurch die Wirksamkeit von angemessenen, deutenden und auf Einsicht zielenden Behandlungstechniken beeinträchtigt werde, die ja letztlich die Konfliktaufdeckung ermögliche. Demgegenüber kann nach LUBORSKY die eigenständige supportive Behandlungstechnik vor allem bei solchen Patienten – z. B. mit niedriger Angsttoleranz und Schwierigkeiten ihrer Reflexionsfähigkeit – angewandt werden, deren Vermögen zur Nutzung der deutenden und verstehensorientierten Interventionen erheblich begrenzt ist. Jetzt gehe es darum, Regressionen zu verhindern und die Abwehr nicht zu analysieren, sondern diese vielmehr zu festigen.

### 1.2 Eigenständiger supportiv-psychotherapeutischer Ansatz

Von der analytisch behandelbaren Patientengruppe lassen sich jene Patienten abgrenzen, für die wegen starker emotionaler Fragilität (im Sinne der ausgeprägten *Ich-Schwäche*) eine aufdeckende, deutungsintensivere Psychotherapie nicht mehr (oder noch nicht?) in Frage kommt. Es handelt sich einerseits um bestimmte psychosomatische Patienten sowie andererseits um bestimmte chronisch körperlich Kranke. Bei den beiden Patientengruppen äußert sich die *Ich-Schwäche* symptomatologisch wie folgt:

#### 1.2.1 Verminderte seelische Frustrationstoleranz

Erheblich erschüttertes Selbstwertgefühl (bei hoher narzißtischer Kränkbarkeit), tiefergehende aggressive Hemmung sowie ausgeprägte Abhängigkeitswünsche mit Angewiesensein auf äußere zwischenmenschliche Ressourcen und starker Vulnerabilität angesichts von Objektverlusten.

#### 1.2.2 Herabgesetztes Wahrnehmungsvermögen

Insbesondere vermindertes introspektives und selbstreflektorisches Vermögen (einschließlich eingeschränktem Erlebenkönnen von Gefühlen).

#### 1.2.3 Insuffiziente Abwehr

Insbesondere Überwiegen früher Abwehrverhalten wie Spaltung und Verleugnung gegenüber der Verdrängung.

Die so gekennzeichnete *Ich-Schwäche* kann im Sinne eines lebenszeitlich dauerhaften psychischen Merkmals, z.B. auf der Basis einer neurotischen Entwicklung oder Persönlichkeitsstörung, zutage treten. Ferner beobachten wir ausgeprägte Züge der *Ich-*

Schwäche vorübergehend-reaktiv bei akuten Erkrankungen oder kontinuierlich-reaktiv bei chronischen Erkrankungsverläufen.

## 2. Praxis des eigenständigen supportiv-psychotherapeutischen Ansatzes bei psychosomatischen Patienten

Es lassen sich Indikationsbereiche und Behandlungsvorgehen für zwei Kerngruppen psychosomatischer Patienten formulieren, die sich hinsichtlich ihrer Motivationsarbeit für aufdeckende Psychotherapie unterscheiden.

### 2.1 Erste Kerngruppe: für konfliktbearbeitende Psychotherapie zu motivierende psychosomatische Patienten

#### 2.1.1 Patienten-Charakteristika

Es handelt sich um jene psychosomatischen Patienten, bei denen anfänglich noch keine Motivation für konfliktbearbeitende Psychotherapie faßbar ist, aber im Verlauf der Erstinterviews ein Interesse für mögliche Zusammenhänge des Leidensdruckes mit lebensgeschichtlichen Ereignissen und/oder zwischenmenschlichen Erfahrungen zu wachsen beginnt. Diese Kerngruppe unterscheidet sich von jenen Patienten, die als sogenannte «strukturierte Neurotiker» mit vergleichsweise intaktem Ich bezeichnet werden (s. Kap. III.C). Für diese letztere Patientengruppe ist nämlich von vornherein an eine konfliktbearbeitende Psychotherapie zu denken.

Bei der ersten Kerngruppe kann für den Therapeuten die Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung sehr schwierig sein. Oft ist ein beträchtlicher emotionaler Einsatz notwendig, wobei zu beachten ist, daß dieser keinesfalls vom Patienten als eindringend, bedrängend oder zu fordernd erlebt wird. Hierher können nach eigener klinischer Erfahrung Patienten mit bestimmten funktionellen oder organischen Störungen gehören: z.B. Herzneurose, funktionelle Dyspepsie, irritables

Colon; ferner Proktosigmoiditis und subtotale Colitis ulcerosa sowie umschriebene Morbus Crohn-Manifestationen; und schließlich (Anfalls-)Asthma bronchiale ohne Status asthmaticus-Disposition.

#### 2.1.2 Behandlungsvorgehen

##### a) Erste Interview- und Behandlungsstufe: das sogenannten Sprechen über sich

Zunächst muß der Therapeut eine *oral-narzisstische Objektbeziehung* aufbauen, die weitgehend jener (Behandlungs-)Situation entspricht, die WINNICOTT (s. bei KHAN, 1977) als «Facilitating environment» (im Sinne der seelisch entwicklungsfördernden Umgebung) bezeichnet hat. Es spielen das nachdrückliche Gewährenlassen, Stützen und Ermutigen durch den Arzt die hauptsächlich wirksame Rolle, denn hierdurch fühlt sich der Patient unmittelbar angenommen. Ausgehend von dieser signalisierten protektiven Nähe geht es darum, den Patienten zur Wiedergabe seiner intensiven Beschäftigung mit körperlichen Beschwerden, pathologischen Organphantasien und medizinischen Behandlungen anzuregen. Diese Selbstbeschäftigungen sind anfangs das ganz vordergründige kommunikative Anliegen des Patienten und bedürfen deshalb zunächst einer besonderen therapeutischen Würdigung. Dank der gewährenden empathischen Präsenz des Arztes wird dem Patienten die Möglichkeit eröffnet, *über sich selbst zu sprechen*. Die daraus resultierende Abfuhr seiner hypochondrischen Ängste bedeuten für ihn nicht nur eine erhebliche psychische Entlastung, sondern auch den entscheidenden Initialschritt für den Aufbau einer tragenden Objektbeziehung zum Arzt. Diese Objektbeziehung wird noch dadurch gefördert, daß der Patient auch Kränkungen und Enttäuschungsgefühle, denen er hilf- und ratlos gegenübersteht, thematisieren kann. Wenn diese Thematisierungen vom Arzt mit dem Stiften von Zuversicht und Hoffnung verbunden werden, fühlt sich der Patient ebenfalls beträchtlich entlastet. In dieser Phase sind auch Informationen und Ratschläge sehr wichtig. Ferner kann der Patient nun spontan auch biographische Daten einbrin-

gen. Deren nicht-konfrontative Durchsprache mit dem Arzt kann für ihn sehr anregend sein und die Objektbeziehung weiter fördern. Auch ergeben sich jetzt für den Arzt erste wichtige Anhaltspunkte für das Vorliegen von Konflikthaltungen, die späterhin unter Umständen einer Thematisierung bedürfen.

Die Heranziehung der nächsten Bezugspersonen kann die Dynamik der Einzelbehandlung sehr begünstigen. Diese können nämlich angesichts der Therapie des Patienten Widerstände aufbauen, weil sie von dieser keine genauere Vorstellung besitzen und deshalb stärker verunsichert werden. Infolge dieser Verunsicherung seiner Angehörigen erfährt die Motivation des Patienten eine Beeinträchtigung. Unsere Erfahrung lehrt, daß sich meistens anhand von ein bis zwei solcher systemischer Gespräche (s. Kap. III.D) schnell und dauerhaft die Widerstände der Bezugspersonen abbauen lassen.

Die sich nun erstmals ausbildende und auch während der beiden nachfolgenden Interviewstufen faßbare *positive Übertragungsbeziehung* wird nicht gedeutet; sie dient vielmehr der Effektivität der supportivpsychotherapeutischen Interventionen (WALLERSTEIN, 1990). FÜRSTENAU (1992) spricht hinsichtlich der Therapeutenrolle «von der angemessenen Repräsentation sowohl gesunder erwachsener Verantwortlichkeit in der Beziehung als auch genügender haltgebender, professionaler Elternersatz-Funktion» (im Sinne des FREUD'schen Begriffes der «Nacherziehung»).

*b) Zweite Interview- und Behandlungsstufe: die Förderung der Fähigkeit des Patienten, eigene Gefühle differenzierter zu erleben*

Das Verhalten des Arztes ist einerseits gekennzeichnet durch das Anbieten und Durchsprechen von Erlebnis-Beispielen, die emotionsträchtige Inhalte (insbesondere nicht-hypochondrische Phantasien) betreffen; andererseits dadurch, daß der Patient angeregt wird, über seine zutage tretenden Gefühle zu reflektieren und diese zu beschreiben. Wenn der Patient hierzu imstande ist, dann werden schließlich bei ihm – Schritt für Schritt – solche Gefühle faßbar, die inhaltlich auf jene *Objektverluste* beziehbar sind, die er vorausgehend erlitten und nicht bewältigt hatte. Wenn

die Fokussierung auf das unbewältigte Objektverlusterlebnis gelingt, sind beim Patienten die ersten Anzeichen von Trennungsangst und Vereinsamung wahrzunehmen. Ferner erfolgt die – zumindest vorbereitete – Mobilisierung von *frustrations-aggressiven* Triebwünschen, die vorher oft weitgehend abgewehrt waren. Die Mobilisierung ist die Folge einer gesteigerten Wahrnehmung der *kränkenden* Komponente des Verlusterlebnisses. Im einzelnen handelt es sich um die Gefühle von Groll, Unmut, Hadern bis hin zu oberflächlich faßbarem Selbsthaß und nach außen gerichteter Feindseligkeit. Die Äußerung solcher Gefühle kann durch die Vorstellung des Patienten erschwert werden, daß der Arzt selbst diskrete Feindseligkeitsäußerungen nicht toleriert, sondern hierauf mit Gegenwehr reagiert, was für den Patienten die Möglichkeit eines weiteren Objektverlustes, nämlich am Arzt, beinhaltet.

Parallel zu diesem differenzierteren Wahrnehmen können eigener Gefühle treten im Erleben des Patienten immer deutlicher konturierte biographische Situationen und zugehörige aktuelle Konflikthaltungen zutage.

Dank dieser Prozesse wird die *Verständnis-Kommunikation* erreicht (FÜRSTENAU, 1992). Die Verständnis-Kommunikation erfülle «eine wichtige supportive Funktion, wenn sie vom Patienten als passend und stimmig erlebt werde». Das Erreichen dieser Kommunikationsebene ist nach LUBORSKY (1988) für den Patienten ein Beweis dafür, daß der Arzt ihm mit hoher Wahrscheinlichkeit helfen kann.

*c) Dritte Interview- und Behandlungsstufe: assoziativ-anamnestischer Ansatz*

Anhand der Begriffe *assoziative Anamnese* (bzw. «klinisches Interview») beschrieb F. DEUTSCH (1953, s. Kap. II.B) eine bestimmte Interviewtechnik, um auch bei Ich-schwachen Patienten mit stark eingeschränkter Introspektion und Selbstreflexion die Erstgespräche und nachfolgende Behandlungsschritte konsequent psychodynamisch führen zu können. Es geht dem Arzt darum, den Patienten anzuregen, systematisch über verstehbare Zusammenhänge zwischen aufzeigbaren somatischen und psychischen Symptomen einerseits

sowie auslösendem Objektverlust andererseits nachzudenken. Ausgehend von der Darstellung seiner körperlichen und seelischen Symptome dominiert für den Patienten vor allem die Beschäftigung mit seiner aktuellen Konfliktsituation, die ja besonders durch Ursachen und Folgen des nicht bewältigten Objektverlustes bestimmt wird. Jetzt führt der Arzt die – von ihm vorher gebildeten – sogenannten *Schlüsselworte* ein. Diese Schlüsselworte, deren Inhalte im Erleben des Patienten eine subjektiv hohe Relevanz besitzen, sind zentrale Knotenpunkte innerhalb von laufenden Assoziationsketten, die durch den Therapeuten auf geleitet-assoziativem Weg (hier also mit dem Basisthema «Objektverlust») angeboten werden. So kann schließlich eine vollständige psychodynamische Erhellung des Objektverlusterlebnisses gelingen. Ergänzend empfahl DEUTSCH auch den therapeutischen Umgang mit relevanten Erlebnissen der frühen Kindheit des Patienten, die ebenfalls assoziativ-anamnestisch verfügbar gemacht werden können.

Im einzelnen trägt der Arzt – ausgehend von seinen Schlüsselworten – immer wieder fragende und/oder bestätigende Äußerungen bei, die gedanklich und gefühlhaft an dasjenige anschließen, was der Patient unmittelbar zuvor – auf die vorherige thematische Eingabe des Arztes hin – gesagt hatte. Daraufhin antwortet der Patient mit weiteren Einfällen, die zur Auslösung weiterer Assoziationsketten führen, die ihrerseits neue ärztliche Schlüsselwort-Interventionen ermöglichen. Während dieses stufenweisen Vorgehens ist es wichtig, den Schilderungen des Patienten freien Lauf zu lassen und diesen nicht zu unterbrechen. Wenn Gesprächspausen entstehen, muß der Arzt verbal unterstützend mit neuen «füllenden» Schlüsselworten intervenieren, um einem längeren Schweigen des Patienten vorzubeugen. Diese Form des Schweigens würde nämlich vom Patienten als sehr belastend empfunden.

Wenn genügend assoziativ-anamnestisch angereichertes Material vorliegt, können wir in einem ersten Ansatz versuchen, den Patienten vorsichtig mit seinen nunmehr faßbaren Bedürfnissen und Verhaltensweisen zu konfrontieren. Die Intensität dieser Konfrontation

hängt weitgehend ab von dessen emotionaler Tragfähigkeit, die genau beobachtet werden muß. In dieser Anfangsphase der aufdeckenden Therapiearbeit sollte sich der Patient nicht stärker beeinträchtigt fühlen und auf vorsichtige Hinweise bezüglich einer Änderung seiner Verhaltens- und Beziehungsmuster hin nicht mit dem Abbruch der Gespräche reagieren. Falls dies jedoch tatsächlich drohen sollte, ist vorübergehend vom konfrontativen Vorgehen abzulassen und stattdessen zu betonen, daß der Patient augenblicklich seine subjektiv beste Lösung gefunden hat.

Wenn dank der gezielten Assoziationsketten-Anreicherung der psychotherapeutische Prozeß auch auf der dritten Stufe kontinuierlich fortschreitet, kann der Patient schließlich Phantasien zum Zusammenhang von somatischen und psychischen Beschwerden einerseits sowie auslösendem Objektverlust andererseits thematisieren. Diese Phantasien können beim Patienten bereits den Beginn eines konstruktiven Selbstreflexions- und damit auch den Beginn eines Konfliktbearbeitungsprozesses signalisieren. Nun kann sich eine konfliktbearbeitende Psychotherapie anschließen (s. Kap. III.C).

## 2.2 Zweite Kerngruppe: psychosomatische Patienten ohne Motivierbarkeit für konfliktbearbeitende Psychotherapie

### 2.2.1 Patienten-Charakteristika

Diese ebenfalls häufige Gruppe von psychosomatischen Patienten bezieht ihre körperliche Störung und den geäußerten Leidensdruck ausschließlich auf selbstkonstruierte, nicht-psychologische Fakten. Ein Interesse für mögliche Zusammenhänge mit lebensgeschichtlichen Ereignissen und/oder zwischenmenschlichen Erfahrungen wird nicht faßbar. Ferner zeigen diese Patienten ein deutliches *Ur-Mißtrauen* sowie Züge der verfestigten sogenannten *Verhaltensnormalität*. Es handelt sich um Umgangsstile, die sich – im Sinne des Konformitätsverhaltens – weitgehend an dem orientieren, was «man» tut und was sozial anerkannt ist. Dementsprechend werden diese



Patienten von außen her als «unauffällig» erlebt. Sie wirken aber anlässlich von Erstinterviews emotional blaß bis hin zu Zügen partieller seelischer Leere (kaum verbale Spontanäußerung, verarmter Wortschatz, eingeschränkte Phantasiebildung). Die Patienten erleben nicht nur sich selbst, sondern auch ihre Mitmenschen als «völlig normal», die sie nur wenig plastisch beschreiben können (sogenannten Alexithymie, s. Kap. II.B). Zu dieser Gruppe können nach eigener klinischer Erfahrung Patienten mit chronischer Fibromyalgie, hartnäckig verfestigtem irritabilem Colon, psychovegetativem Urogenitalsyndrom (bzw. Prostatopathie), totaler Colitis ulcerosa und ausgedehntem Morbus Crohn, Asthma bronchiale mit Status asthmaticus-Disposition sowie Zustand nach Herzinfarkt gehören. Diese Patienten sind infolge ihrer starken Einschränkung von Introspektivität und Problembewußtsein für eine Motivationsarbeit hinsichtlich konfliktbearbeitender Psychotherapie nicht mehr geeignet.

### 2.2.2 Supportive Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie

Wenn aber diese Patienten sehr unterstützungsbedürftig wirken und deutliches Interesse an seelischer Hilfe bekunden, stellen die Prozeßanteile der ersten Interview- und Behandlungsstufe die Methode der Wahl dar. Dieses Vorgehen bezeichnen wir als supportive Kurzzeit- oder Langzeitpsychotherapie.

Vorher müssen maligne Regressionstendenzen (z. B. auf der Basis einer Disposition zur süchtigen Entwicklung) ausgeschlossen werden, um zu vermeiden, daß während der Psychotherapie ein kaum lösbares Anklammerungsverhalten zutage tritt. Auch sollten nach gestellter Anzeige die Behandlungsdauer und -frequenz von vornherein fest vereinbart werden. Ferner ist – wenn notwendig – die Verfügbarkeit des Therapeuten im Falle von Krisensituationen zuzusagen. Therapiepausen (zwischen den Sitzungen bzw. Visiten, an Wochenenden, in Urlaubszeiten), die möglicherweise für den Patienten frustrierend sind, können durch *Übergangsobjekte* überbrückt werden. Dies kann beispielsweise ein

psychotropes, dämpfendes Medikament sein, das der Patient vom Arzt bekommt, dann also besitzt, jedoch nicht regelhaft einnimmt, weil der bloße Besitz des Medikamentes ausreicht. Ferner gehört zu diesem Kontext das Angebot der telefonischen Erreichbarkeit des Arztes. Sobald die Patienten erfahren und erprobt haben, daß der Arzt tatsächlich auf diesem Wege präsent sein kann, machen sie kaum noch Gebrauch vom Telefonangebot. Schließlich vermag er bei Urlaubsabwesenheit seines Arztes dann eine Vertretung voll zu akzeptieren, wenn dieser ihm nachdrücklich versichert, daß der Vertreter «genau so gut» wie er ist. Die Erfahrung lehrt, daß diese Verfügbarkeiten nur selten beansprucht werden. Viel wichtiger ist, daß sich der Patient dieser gewiß ist.

Die supportive Kurzzeit- oder Langzeitpsychotherapie läßt sich auch durch den niedergelassenen Allgemeinmediziner und Facharzt verwirklichen, wenn sie den Patienten regelmäßig (in kürzeren oder längeren Abständen) sehen und imstande sind, einen Zeitaufwand von etwa zehn bis zwölf Minuten aufzubringen (unter der Voraussetzung, daß die seelische Störung des Patienten nicht zu tiefgreifend ist und dieser deshalb in den Arbeitsbereich des Fachpsychotherapeuten gehört). Dieses supportive Behandlungsvorgehen kann in Kombination mit somatotherapeutischen Maßnahmen anlässlich sogenannter Routinebesuche des Patienten angewendet werden. Infolgedessen ist eine Steigerung der therapeutischen Compliance des Patienten und damit eine Begünstigung somatischer Behandlungswirkungen zu erwarten; ebenso aber auch die Möglichkeit von psychosomatischen Therapieeffekten. Wir betonen deshalb so nachdrücklich diese Anzeige zur supportiven Kurzzeit- oder Langzeitpsychotherapie in der Praxis des niedergelassenen Arztes, weil sicherlich eine nicht kleine Zahl der dort ratsuchenden Patienten auch dringlich supportiv behandlungsbedürftig ist.

Die Verwirklichung der supportiven Kurzzeit- oder Langzeittherapie setzt nicht nur eine minimale Motivation beim Patienten voraus, sondern auch Geduld, Flexibilität und Durchhaltevermögen des Arztes. Je stabiler dessen Frustrationstoleranz ist, um so eher wird ein Behandlungsabbruch vermieden.

### 3. Praxis des eigenständigen supportiv-psychotherapeutischen Ansatzes bei chronisch körperlich Kranken

#### 3.1 Patienten-Charakteristika

Diese Patienten zeichnen sich durch wohlcharakterisierbare *sekundär-psychische Veränderungen* aus, die eine unmittelbare Folge des Erkrankungserlebens darstellen. Diese Veränderungen sind einesteils typische *krankheitsreaktive* Phänomene sowie anderenteils der Ausdruck von charakteristischen psychischen *Adaptationsprozessen*. Sie sollen den Patienten in die Lage versetzen, seine Krankheit zu tolerieren und mit dieser so umzugehen, daß keine seelische Dekompensation zutage tritt.

#### 3.2 Psychodynamik der psychischen Adaptationsprozesse

Die psychischen Adaptationsprozesse des chronisch körperlich Kranken lassen sich wie folgt beschreiben:

##### 3.2.1 Emotionale Schockreaktion

Die Wahrnehmung einer chronisch körperlichen Erkrankung und die ärztliche Mitteilung der Diagnose werden für gewöhnlich vom Patienten als ausgeprägter Objektverlust an den eigenen somatischen Funktionen erlebt. Das heißt: Subjektiv wird das körperliche Befinden als tiefgreifend beeinträchtigt und bedrohlich zugleich erlebt. Dieses gestörte Befinden beinhaltet auch das Gefühl des Sich-nicht-mehr-Verlassendürfens auf vorher intakte somatische Funktionen und damit eine ausgeprägte innere Verunsicherung. Es tritt beim Patienten eine *emotionale Schockreaktion* auf, die nicht nur sein Selbstwertgefühl erschüttert, sondern auch starke *Angst* oder Zeichen von *emotionaler Ohnmacht* erzeugt. Sowohl die Angst als auch die emotionale Ohnmacht tragen – im Sinne eines adaptiv orientierten Appellverhaltens – dazu bei, medizinische und seelische Hilfe zu mobilisieren. Zum Appellverhalten gehört auch das klagsam-anklagende Agieren

mit dem Ziel, Objekte sozusagen zu verpflichten oder zurückzugewinnen. Die emotionale Schockreaktion führt noch dahingehend zu einer Art der *psychischen Immobilität*, die sich in depressiven *Symptomen* sowie in *Hilflosigkeit* und *Hoffnungslosigkeit* («Depression-withdrawal», ENGEL, 1962) äußern kann (s. u.). Es handelt sich um extreme Adaptationen, zu denen auch *Abhängigkeitswünsche* gehören.

##### 3.2.2 Sekundäre Hypochondrie

Parallel zur emotionalen Schockreaktion konzentriert sich der Patient gedanklich und gefühlhaft auf seine krankhaft veränderte Organprovinz und seine Krankheitstheorien, ferner auf Vergleiche mit früheren Erkrankungsschüben und ähnlichen bei Mitpatienten. Auch werden laufend das Untersuchungsprogramm und die Behandlungsverordnung bis ins Detail reflektiert und ebenso unaufhörlich über prognostische Einschätzungen nachgedacht. Dank dieses hypochondrischen Phantasierens und Sprechens erfahren die seelisch so traumatisierenden Erkrankungsinhalte eine kathartische Abfuhr, die für den Patienten eine ausgeprägte psychische Entlastung bedeutet. Kennzeichnend hierfür sind auch die nicht-endenwollenden «Krankheitsgespräche» der Patienten untereinander und mit ihren Angehörigen. Demgegenüber wird das Introspektionsvermögen für nicht-krankheitsbezogene Gedanken und Gefühle stark eingeschränkt. Der chronisch körperlich Kranke vermag nämlich seine hypochondrischen Selbstbeschäftigungen besser zu ertragen als subjektiv viel stärker belastende Inhalte von – krankheitsunabhängigen – Konflikten, die bei ihm ebenso häufig vorkommen wie bei sogenannten Gesunden.

##### 3.2.3 Abwehr von Frustrations-Aggression sowie Erschöpfungsdepression

Chronisch körperlich Kranke bedrängt außerordentlich die Vorstellung: «Warum bin gerade ich so krank und nicht der andere?» Sie führt zum vorbewußt und unbewußt angesiedelten Aufstau von *frustrations-aggressiven*

Gedanken und Gefühlen. Weitere Quellen dieser Art von Aggression sind Enttäuschungsgefühle sowie Versagenen im medizinischen und/oder familienbezogenen Alltag, die sich bei chronisch körperlich Kranken nicht vermeiden lassen. Die Frustrations-Aggression äußert sich beim Patienten vor allem in Zeichen von Groll, Unmut, Hadern und Selbsthaß bis hin zu Feindseligkeitsgefühlen gegenüber der gesunden Umwelt. Diese Gefühle muß der Patient unterdrücken aus Angst, um nicht unwiderruflich seine medizinische und familienbezogene Zuwendung und Unterstützung zu verlieren, von der er so abhängig ist.

Die Unterdrückung der Frustrations-Aggression bestimmt das jeweilige Ausmaß der depressiven Gefühle und Ängste mit.

Die Depression kann bei chronisch körperlich Kranken entweder manifest oder larviert zutage treten. Im Falle der larvierten Verlaufsform liegt der symptomatologische Schwerpunkt häufig auf der Verlangsamung des Antriebserlebens; auch können wir dann eine Überformung der depressiven Züge durch Vegetativbeschwerden («Vegetativdepression») oder durch Inhalte der sekundären Hypochondrie beobachten. Zum Formenkreis der larvierten Depression gehören bei chronisch körperlich Kranken auch subeuphorische Züge, die der Ausdruck eines typischen kontradepressiven Abwehrverhaltens sind. Diese Subeuphorie beinhaltet das unbewußte oder vorbewußte Bemühen des Patienten, eine schwer erträgliche Depressivität für sein Erleben ins Gegenteil zu verkehren. Ihr Auftreten signalisiert eine schwache seelische Frustrationstoleranz. Demgegenüber äußert sich die manifeste Depressivität vornehmlich als Dysphorie, Bedrücktsein, Traurigkeit, Hilflosigkeit mit klagsam-anklagendem Agieren (Giving-up) oder als apathisch-düsteres Resigniertsein mit Übergang zur Hoffnungslosigkeit (Given-up), bei der das direkte Interesse an zwischenmenschlicher Nähe fehlt (s. o.).

### 3.2.4 Verleugnungsarbeit

Die Verleugnungsarbeit, die das hauptsächlichste Adaptationsverhalten des chronisch

körperlich Kranken darstellt, dient der Abschwächung oder gar Ausblendung von jenen krankheitsbezogenen Wahrnehmungen, die für den Patienten intensiver bedrohlich sind und die er deshalb auch nicht als Inhalt für seine sekundär-hypochondrische Selbstbeschäftigung zulassen kann.

Hinsichtlich der Verleugnungsarbeit unterscheiden wir drei Varianten, deren Beachtung für den Umgang mit chronisch körperlich Kranken sehr wichtig ist. Erstens geht es um die *realitätsgerechte* Verleugnungsarbeit (im Sinne des sogenannten «Middle knowledge», s. Kap. IV.I), die dem Patienten noch so viel an selbstreflektorischem Spielraum läßt, daß er die Relevanz der Arzt-Patient- bzw. der Patient-Angehörigen-Beziehung sowie die Notwendigkeit von Behandlungsprogrammen genügend wahrnehmen und deshalb relativ autonom kooperieren kann. Jetzt liegt ein optimal kooperatives Beziehungsverhalten vor. Demgegenüber kann eine *zu schwach* ausgebildete Verleugnungsarbeit den Patienten überfordern und lähmen, weil er seine Krankheitsschwere und die zugehörigen Behandlungsstrapazen überschätzt. Auch neigt er dazu, jenes Zuwendungsangebot als unzureichend zu erleben, das von Ärzten, Pflegepersonen und Familienmitgliedern ausgeht. Deshalb dominieren Passivität und klagsam-anklagendes Agieren sowie eingeschränkte Compliance. Die dritte Variante der Verleugnung, nämlich die *zu stark* ausgebildete, führt beim Patienten zur ausgeprägten Unterdrückung von wichtigen Wahrnehmungen zum Krankheitserleben und Behandlungsverständnis. Infolgedessen wirken diese Patienten emotional kaum berührt und im Kontakt sehr rigide sowie wenig kooperativ.

### 3.3 Indikationsbereich

Die supportiv-psychotherapeutische Indikation ist bei chronisch körperlich Kranken vor allem dann gegeben, wenn deren Verleugnungsarbeit nicht adaptiv verläuft. Dann erleben sich Ärzte, Schwestern und Pfleger sowie die familiären Bezugspersonen oftmals überfordert, und sie können dann als supportiv wirksame Beziehungspartner ausfallen. Die

Labilisierung der Verleugnungsarbeit im Sinne der zu schwachen oder der zu starken Ausbildung wird vor allem zweifach bedingt: einerseits durch *somatische Krisensituationen* (im Sinne der Verstärkung bzw. Reaktualisierung des Objektverlusterlebens an den eigenen somatischen Funktionen, siehe oben) sowie andererseits durch *narzißtische Kränkungen* infolge von subjektiv frustrierenden Verhaltensweisen seitens der Ärzte-Schwester-Pflegergruppe oder/und der (Ehe-)Partner bzw. der Familienmitglieder.

«abzuführen», dann tritt schlagartig eine deutliche – zumindest vorübergehende – Besserung von dessen psychischem Befinden zutage. Dank dieser regelmäßigen Thematisierung wird nicht nur eine realitätsgerechte Verleugnungsarbeit, sondern auch das Introspektionsvermögen des Patienten gefördert. Infolgedessen wird auch die Effektivität der folgenden zwei weiteren Interventionen begünstigt.

### 3.4 Behandlungsvorgehen (Tab. 1)

*Tabelle 1:* Behandlungsschritte bei chronisch körperlich Kranken.

1. Objektbeziehung
2. Thematisierung von Traumainhalten
3. Ansprechen der Frustrations-Aggression
4. Ansprechen von Konflikten
5. Notfallpsychotherapeutische Präsenz
6. Ermunterung zum Suchen von sozialer Unterstützung
7. Systemische Gespräche

#### 3.4.1 Oral-narzißtische Objektbeziehung

Es steht der Aufbau der oral-narzißtischen Objektbeziehung (s. o.) im Vordergrund, die durch regelmäßige, wohlcharakterisierbare Arzt-Patient-Kontakte gekennzeichnet ist, deren Frequenz und Dauer vom Bedürfnisdruck des Patienten abhängt.

#### 3.4.2 Thematisierung von krankheitsreaktiven Traumainhalten

Es geht um die Anregung des Patienten zur Thematisierung von Inhalten der emotionalen Schockreaktion und der sekundären Hypochondrie. Wenn der Arzt auf der Basis seiner regelmäßigen Gesprächspräsenz den Patienten ausgiebig dazu anregt, diese krankheitsreaktiven Trauma-Symptome sozusagen verbal

#### 3.4.3 Ansprechen der Frustrations-Aggression

Auch das gezielte Ansprechen frustrations-aggressiver Motive und das anschließende, ausführliche Sich-Mitteilen können sind oftmals für den Patienten außerordentlich hilfreich. Dieser Dialog wird aber nur möglich, wenn eine tragende Beziehung zum Arzt besteht.

#### 3.4.4 Ansprechen von Konfliktsituationen

Der chronisch körperlich Kranke leidet häufig auch an Konflikten, die mit seiner Krankheit nichts zu tun haben, die aber für sein Befinden sehr deutlich sind. Deshalb ist es wichtig, daß der Arzt auch an mögliche krankheitsunabhängige Probleme denkt und dem Patienten die Gelegenheit gibt, darüber zu sprechen.

#### 3.4.5 Notfallpsychotherapeutische Präsenz

*Notfallpsychotherapie* ist eine Methode für solche maladaptiven Verhaltensweisen, die möglichst schnell behandelt werden sollten, da sie psychisch massiv einschränkend sind und infolge der verknüpften Non-Compliance-Modalitäten die Verwirklichung der somatischen Behandlung ernsthaft gefährden. Bei chronisch körperlich Kranken ist die Notfallpsychotherapie insbesondere dann angezeigt, wenn die extrem depressive Verfassung der *Hoffnungslosigkeit* (s. o. und Kap. III.A) vorliegt.

Das psychotherapeutische Ziel lautet, dem Patienten, der nicht mehr imstande ist, die Beziehung zu Umweltpersonen aufrechtzuerhalten bzw. einzugehen, eine direkte Kontaktmöglichkeit anzubieten. Der Arzt muß ihn seine unmittelbare emotionale Präsenz spüren lassen und zwar sowohl averbal als auch verbal. Innerhalb dieses Psychotherapiekontextes überwiegt der *averbale* Anteil gegenüber dem verbalen Anteil. Hierzu bieten sich übliche medizinische und pflegerische Kontaktnahmen und Handreichungen als Vehikel der psychotherapeutischen Beziehung an; z.B. Pulsfühlen, Schweißabwischen, Kopfkissen zurechtrücken sowie – wenn der Patient dieses Bedürfnis signalisiert – der gegenseitige Händedruck. Das Gespräch muß sich von den aktuellen Bedürfnissen des Patienten leiten lassen. Für die Kontaktaufnahme ist es sehr wichtig, daß der Arzt über möglichst viele Informationen der gegenwärtigen Krankheits- und Lebenssituation des Patienten verfügt. Davon ausgehend kann er ihm wiederholt vermitteln, wie einfühlsam er dessen derzeitigen seelischen Zustand und das emotionale Klima des Krankenzimmers wahrnimmt. Auch nutzt er das ihm bekannte biographische Material und dessen Erkrankungsgegeschichte sowie gelegentliche Einfälle des Patienten, um kurzgefaßte, stützende und ermutigende Formulierungen anzubieten. Wenn aber der Arzt vorher auf fremdanamnesticem Wege keine biographischen Daten über den Patienten erhalten hat, können sich seine Bemühungen um Annäherung erschweren, weil nun für ihn sehr wenig verbales Material verfügbar ist. Gerade jetzt darf sich der Arzt nicht entmutigen lassen, wenn der Patient wie total zurückgezogen imponiert. Nun ist für ihn die zeitlich abgewogene Kombination von averbalem und verbalem Anteil besonders wichtig.

Für eine solche psychotherapeutische Sitzung ist ein Zeitraum von 45 bis 60 Minuten anzusetzen. Ferner ist empfehlenswert, noch für denselben Tag oder den nächsten Tag eine weitere Sitzung zu arrangieren, wenn nicht zwischenzeitlich beim Patienten ein faßbarer Rückgang der Hoffnungslosigkeit eingetreten war. Nach unserer Erfahrung genügen bei

chronisch körperlich Kranken im Zustand der Hoffnungslosigkeit ein bis zwei Sitzungen, um den Kontakt zwischen Patient und Arzt zu intensivieren. Damit ist die Voraussetzung für eine weiterführende supportive Psychotherapie gegeben.

#### 3.4.6 Soziale Unterstützung

Der chronisch körperlich Kranke sollte im Rahmen der supportiven Psychotherapie ermuntert werden, mögliche soziale Hilfen in Anspruch zu nehmen (s. Kap. IV.G.3). Die psychischen Adaptationsprozesse verlaufen umso effektiver, je mehr der Patient in seiner persönlichen Umgebung eine soziale Unterstützung erfährt.

Unter dem Begriff «soziale Unterstützung» (s. Kap. IV.I) fassen wir eine Reihe von sehr verschiedenen Erscheinungen innerhalb des sozialen Netzwerkes zusammen: beispielsweise die subjektive Überzeugung, von der Umwelt geschätzt und geachtet zu werden; ferner: positive Kontakte im Alltagsleben sowie schließlich der Beistand einer engen Bezugsperson in Krisensituationen. Im wesentlichen wird der Begriff der sozialen Unterstützung also für eindeutig positive soziale Erfahrungen verwendet. Er bildet dadurch den Gegenpol zu negativen sozialen Erfahrungen und Interaktionsmustern. Im einzelnen scheint besonders relevant die Präsenz einer engen Vertrauensperson in Krisensituationen und die subjektive Überzeugung, Rückhalt in einem guten sozialen Schutzsystem zu erhalten. Beispiele für die vom Patienten wahrgenommene soziale Unterstützung sind aber nicht nur nahestehende Personen, insbesondere Familienmitglieder und Partner, sondern auch tragende berufliche Beziehungen (z.B. befreundete Arbeitsplatzkollegen, positive Chef-Vorbildfigur, Geborgenheitsklima des Arbeitsplatzes) sowie nicht-berufliche Felder (Freizeit-Gemeinschaft, Aktivitäten im politischen oder religiösen Bereich).

Zahlreiche empirische Untersuchungen bestätigen nämlich die Grundannahme, daß soziale Unterstützung einen positiven Einfluß auf psychische und/oder körperliche Gesundheit besitzt (FYDRICH et al., 1988). Dabei geht

es vor allem um den *qualitativen* Aspekt von sozialer Unterstützung. Deren qualitativer Rückgang stellt eine wichtige Disposition für das Auftreten eines Objektverlusterlebnisses dar, dem unter Umständen auch eine organische Erkrankung folgen kann.

#### 3.4.7 Ergänzende systemische (ehe-)partner- bzw. familienbezogene Gespräche

Bei einem größeren Teil von chronisch körperlich Kranken ist nach unserer klinischen Erfahrung sehr empfehlenswert, zusätzlich die nächsten Angehörigen zu ein bis drei systemischen (Ehe-)Partner- oder/und Familiengesprächen hinzuzuziehen.

##### a) Definition

Innerhalb der Systembetrachtung der Psychotherapie wird die psychische oder körperliche Störung des Patienten weniger als Ausdruck von seinen individuellen Problemen verstanden, sondern als Folge von spezifischen Struktureigentümlichkeiten innerhalb seiner (ehe-)partner- oder/und familienbezogenen Beziehungen. Die Aufgabe des systemischen Therapeuten ist, die vorherrschenden Beziehungsmuster zu erfassen und diese – wenn notwendig – zu verändern. Für die Verwirklichung dieses Veränderungszieles ist das wesentliche Behandlungsinstrument jenes der *zirkulären Befragung* (s. Kap. III.D).

##### b) Ziele

Es ist sehr wichtig, Sorge zu tragen, daß die *Ressourcen* des familiären Systems für den chronisch kranken Angehörigen sinnvoll *ausgeschöpft* werden (s. Kap. III.D). Die Mobilisierung von Ressourcen ist insbesondere auf die Krankheitsbewältigung und die therapeutische Compliance des Patienten ausgerichtet. Hierzu gehört auch die Stimulierung eines gemeinsamen Verständnisses für vorliegende medizinische und psychosoziale Probleme, damit diese gelöst werden können.

Die Nutzung der familiären Ressourcen wird durch solche systemischen Interventionen begünstigt, die auf eine Milderung von symbiotischen Fusionen zielen. Diese sind nämlich nicht selten aufzeigbar, weil bei den

Bezugspersonen die eigenen Erlebnisse zu sehr mit dem Erkrankungserleben des Patienten verwoben sind, da sie von diesem zu stark berührt werden. Ein Beispiel ist die ausgeprägten Anklammerungssuche des Patienten zur Abwehr seiner Angst und Depression. Dadurch kann die Präsenzfunktion der (Ehe-)Partner bzw. Familienmitglieder erheblich eingeschränkt werden, weil jene deren Autonomie voraussetzt. Angesichts dieser symbiotischen Fusionierung geht es darum, dem Patienten und seinen Bezugspersonen ein Neu-Einpendeln der Polarität von Nähe und Distanz zu ermöglichen. Schließlich ist der ressourcen-orientierte systemische Dialog angezeigt, wenn der Patient gefühlsmäßig belastende Themen anzusprechen versucht, jedoch die – seelisch nicht hinreichend frustrationstoleranten – Angehörigen im Sinne eines emotionalen Selbstschutzes dazu neigen, abzulenken, zu bagatellisieren oder zu beschwichtigen. Dadurch kommt es zur emotionalen Verarmung der innerfamiliären Beziehungen.

## 4. Effektivität der supportiven Psychotherapie

### 4.1 Art der Veränderungen beim Patienten

Supportiv-psychotherapeutische Maßnahmen wirken angstlösend und depressionsmildernd sowie selbstwertstabilisierend. Sie äußern sich ferner in Intensivierungen der seelischen Frustrationstoleranz und der Beziehungsfähigkeit. Auch nach WALLERSTEIN (1990) können nicht nur durch die psychoanalytische Behandlung wirksame Einsicht und «echte» Strukturveränderungen erreicht werden, sondern – in beschränkterem Umfang – auch durch supportiv-psychotherapeutische Maßnahmen. In diesem Zusammenhang spricht WALLERSTEIN (1990) hinsichtlich der supportiven Psychotherapie auch von einer *psychoedukativen Maßnahme* im Sinne der «Erziehung des Patienten zu realitätsgerecht orientiertem Problemlösen», aufgrund einer «erborgten Ich-Stärke», die der Identifizie-

rung mit dem Arzt «in der Rolle des Helfers und Heilers» entstamme.

## 4.2 Klinische Belege

KÜNSEBECK et al. (1987, s. Kap. V.A) belegten empirisch am Beispiel von körperlich Kranken die Effektivität der supportiven Psychotherapie und zwar ergänzend zur somatischen Behandlung. Es handelte sich einesteils um 42 allgemein-internistische und anderenteils um 15 Crohn-Patienten, die während ihrer Hospitalisierung supportiv-psychotherapeutisch (vornehmlich im Sinne der ersten und zweiten Stufe, s. o.) behandelt worden waren. Bei beiden Patientengruppen trat eine signifikante Verminderung der Ängstlichkeit und der Depressivität sowie eine Zunahme des Wohlbefindens zutage. Ferner gelang bei sechs der Crohn-Patienten zusätzlich mit dem assoziativ-anamnestischen Ansatz (im Sinne der dritten Stufe, s. o.) die Motivierung für konfliktbearbeitende Psychotherapie.

FREYBERGER und BRINKER (1994) berichteten über ihre Befunde bei 274 Patienten des klinisch-psychosomatischen Konsiliardienstes. Bei 49 dieser Patienten (17,9 %) konnte die Indikation zum eigenständigen supportiv-psychotherapeutischen Ansatz (im Sinne der drei Stufen, s. o.), auf der Basis von durchschnittlich 5,6 Sitzungen verwirklicht werden. Diese Patienten wurden hinsichtlich des Ausmaßes ihrer (psychosomatischen) Störung bzw. Erkrankung hochsignifikant schwerer sowie bezüglich Primärmotivation, Effekten des dreistufigen Therapieprozesses und weiterführender Prognose hochsignifikant besser eingeschätzt als die übrigen Patienten. Ausgehend von einer geglückten Motivationsarbeit bestand schließlich bei 45 Prozent dieser Patienten die Indikation zur nachfolgenden supportiven Langzeittherapie, bei 31 Prozent jene zur tiefenpsychologisch fundierten Behandlung und bei 14 Prozent zur systemischen Psychotherapie. Lediglich bei 8 Prozent dieser Patienten konnte keine weiterführende Psychotherapie-Empfehlung ausgesprochen werden. Demgegenüber betrug dieser Prozentsatz für die mit Einzelgesprächen (im Sinne von psychodynamischen Erstinter-

views oder Erhebung der biographischen Anamnese) versorgten Patienten 42,5 Prozent. Hierbei handelte es sich entweder um psychosomatische Patienten mit starken Zügen des Ur-Mißtrauens und der Verhaltensnormalität (s. o.) oder um chronisch kranke Patienten mit ausgeprägter sekundär-psychischer (hypochondrischer) Überlagerung. Darüber hinaus zeigte sich aber für uns unerwartet, daß bei den Patienten die Anzeige zur weiterführenden Psychotherapie mit Einzelgesprächen gefördert werden konnte, wenn diese mit systemischen Gesprächen verknüpft worden waren. Hieraus leiten wir die Hypothese ab, daß bei den supportiv-dreistufig behandelten Patienten die Rate der weiterführenden Therapieempfehlungen höher gelegen hätte, wenn die Motivationsarbeit ebenfalls mit ein bis zwei systemischen Dialogen kombiniert worden wäre.

HASENBRING (1992) stellte anhand einer prospektiven Längsschnittstudie bei Patienten mit chronifiziertem bandscheibenbedingtem Schmerzsyndrom fest, daß die Fähigkeit zur direkten Schmerzüßerung (Thematisierung von krankheitsreaktiven Traumainhalten, s. o.) und das direkte Eingehen der (Ehe-) Partner bzw. Familienmitglieder auf die Schmerzkundgaben (z. B. auf der Basis sogenannter Krankheitsgespräche, s. o.) gesundheitsfördernde Effekte (im Sinne einer Förderung der gedanklichen und gefühlsmäßigen Schmerzverarbeitung) nach sich zog. Ferner waren bei diesen Patienten die Depressivität und damit auch der Schmerz umso geringer ausgebildet, je stärker sie die Fähigkeit zur Bitte um instrumentelle Hilfe und zu Wünschen nach Zuwendung im privaten Alltag zeigten. Dieses Absinken der Depressivität beruhte nicht nur auf den protektiv wirksamen Objektbeziehungen, sondern auch auf dem niedrigeren Potential an Frustrationsaggression (s. o.). Nach HASENBRING stellte bei dieser Gruppe von Schmerzpatienten die Bereitschaft zur direkten Kommunikation den wichtigsten Prädiktor hinsichtlich gesundheitsfördernder Umgangsformen dar. Wenn aber umgekehrt hypochondrische Selbstbeschäftigungen und sozialer Rückzug (vor allem im (Ehe-)Partner- bzw. Familienverbund) vorherrschten, verstärkte sich prompt die De-

pression. Dieser Befund belegt auch nachdrücklich die Bedeutung von ergänzenden systemischen Dialogen (s. o.).

## Literatur

- DEUTSCH F: The psychosomatic concept in psychoanalysis. Univ. Press, New York 1953
- ENGEL G L: Psychological development in health and disease. Saunders, Philadelphia 1962
- FREYBERGER H, BRINKER M: Die supportiv-psychotherapeutische Arbeitsbeziehung bei psychosomatischen Patienten und chronisch körperlich Kranken. In STRAUSS B und MEYER AE (Hrsg) Psychoanalytische Psychosomatik. S. 179. Schattauer, Stuttgart 1994
- FREYBERGER H, FREYBERGER HJ: Supportive psychotherapy. Psychotherapy Psychosomatics 61, 132–142, 1994
- FÜRSTENAU P: Entwicklungsförderung durch Therapie (Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie). J. Pfeiffer, München 1992
- FYDRICH T, SCHEIB P, SOMMER G: Soziale Unterstützung und Belastungen bei Patienten mit Ulcus duodeni. Psychother Psychosom med Psychol 38, 159–166, 1988
- HASENBRING M: Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Schattauer, Stuttgart 1992
- KHAN MR: Das Werk von Winnicott. In EICKE D (Hrsg) Freud und die Folgen (2), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. S. 348. Kindler, Zürich 1977
- KIND H, MENTHA D: Allgemeines zu supportiven, übenden und suggestiven Verfahren. In MÖLLER HJ (Hrsg.) Therapie psychiatrischer Erkrankungen. S. 128. Enke, Stuttgart 1993
- KÜNSEBECK HW, LEMPA W, FREYBERGER H: Kurz- und Langzeiteffekte ergänzender Psychotherapie bei Patienten mit Morbus Crohn. In LAMPRECHT F (Hrsg) Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. S. 253. Springer, Berlin 1987
- LUBORSKY L: Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin 1988
- WALLERSTEIN RS: Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Psyche 44, 967–984, 1990



## G. Weitere Psychotherapieverfahren

ELKE DAUDERT

Im folgenden Kapitel sollen einige in der psychotherapeutischen Praxis bedeutsame Verfahren besprochen werden, die im wesentlichen zwei übergeordneten Gruppen zugeordnet werden können; zum einen den suggestiven oder übenden Verfahren (dazu gehören Hypnose, Autogenes Training, Katathymes Bilderleben), zum anderen die aus der «Humanistischen Psychologie» abgeleiteten psychotherapeutischen Behandlungstechniken (u. a. Gesprächs- und Gestalttherapie, Psychodrama).

### 1. Suggestive und übende Verfahren

#### 1.1 Überblick

Während Ende des 19. Jahrhunderts die sogenannte «Pariser Schule» um CHARCOT hypnotische Zustände als pathophysiologische Erscheinungen im Sinne eines «hysterischen Psychismus» auffaßte, begründete ungefähr zur gleichen Zeit eine Forschergruppe in Nancy um LIÉBAULT und BERNHEIM die psychologische Hypothese der Erzeugung hypnotischer Phänomene mittels Suggestion, die sich bis heute behauptet hat. S. FREUD, der Kontakt zu den beiden letztgenannten Forschergruppen hatte, griff zusammen mit BREUER die Erkenntnisse in der Formulierung seiner Vorstel-

lungen zur «Psychokatharsis» auf, bevor er später die in Kapitel II.A bzw. III.C. dargestellten psychoanalytischen Behandlungstechniken entwickelte. Von dem Hirnforscher VOGT stammt die erste wissenschaftliche Bearbeitung hypnotischer Phänomene. Auf ihn gehen die Begriffe «hypnotische Hypermnese» (d. h. Bewußtmachen vergessener bzw. verdrängter Erlebnisse in Hypnose aufgrund des Fortfalls von Hemmung bzw. Verdrängung) und «seelisches Mikroskop» (d. h. systematische Selbstbeobachtung in Hypnose zum Studium der Neurosen) zurück. BALINT schließlich hat mit seinen Überlegungen zur «Pharmakologie der Droge Arzt» auf die Bedeutung suggestiv-psychologischer Wirkmechanismen in der Arzt-Patient-Beziehung hingewiesen (zum historischen Überblick s. LOHMANN, 1990). Für die weitere inhaltliche und wissenschaftliche Entwicklung hypnotischer Verfahren sind in Deutschland vor allem J. H. SCHULTZ, der Begründer des Autogenen Trainings, sowie H. LEUNER, der das tiefenpsychologisch orientierte Verfahren des Katathymen Bilderlebens entwickelte, einflußreich gewesen. Im anglo-amerikanischen Sprachraum hat die Hypnotherapie in der von M. ERICKSON geprägten Form, in der insbesondere der Prozeß des Erreichens und Nutzens innerer Ressourcen durch Trancezustände im Mittelpunkt steht, in den achtziger Jahren große Bedeutung erlangt.

## 1.2 Hypnose

Bei der Hypnose handelt es sich um einen mittels bestimmter Einleitungstechniken aktiv hervorgerufenen schlafähnlichen Zustand (sogenannter Hypnoid), der durch eine Senkung und Einengung des Bewußtseins, verbunden mit einer regressiven Veränderung bestimmter Ich-Funktionen (Denken, Fühlen, Impulskontrolle), charakterisiert ist und mit einer erhöhten Suggestibilität einhergeht. Nach psychoanalytischer Auffassung kommt es mit diesen Bewußtseinsveränderungen zu einer Regression in frühere infantile Entwicklungsstufen und der Reaktualisierung der entsprechenden frühkindlichen Einstellungen und Verhaltensweisen der Passivität. Voraussetzung für das Gelingen einer Hypnose ist eine positive affektive Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Je nach Grad der Bewußtseinseinengung und des Wachseins können verschiedene Stadien der Hypnose unterschieden werden, von der leichten Trance (einhergehend mit Ruhe, Schwere, Wärme, Müdigkeit, Verlangsamung der Herzaktion und Atmung) bis hin zur tiefen Hypnose (gekennzeichnet durch Schlaferscheinungen unterschiedlicher Tiefe, zunehmende Verstärkung oben genannter Phänomene und der therapeutenbezogenen Suggestibilität). Der Dämmerzustand des *Somnambulismus*, in dem auch posthypnotische Suggestionen realisiert werden können und für den Amnesie besteht, wird nur relativ selten und häufig nur aufgrund von wiederholten tiefen Hypnosebehandlungen erreicht.

### *Therapeutisches Vorgehen*

Hypnotische Zustände mit der notwendigen sogenannten «optischen Subtraktion» und «Introversion» können durch verschiedene Einleitungstechniken hervorgerufen werden, am gebräuchlichsten sind die Faszinations-, die Fixations- sowie die Farbkontrastmethode (zur näheren Beschreibung s. JOVANOVIĆ, 1988; KOSSAK, 1993; SCHULTZ, 1983; Aspekte der historischen Entwicklung werden ausführlich von MEYER in Kap. II.A dargestellt). In der Regel dauern hypnotische Behandlungen zwischen 15 und 30 Minuten und können im Sitzen oder Liegen durchgeführt werden. Wesentlich ist, daß der hypnotisch

induzierte Ruhe-, Entspannungs- und Erholungszustand (nach SCHULTZ «neuroorganismische Umschaltung») am Ende der Behandlung in einer möglichst schonenden, individuell angepaßten Form der Desuggestionierung wieder aufgehoben wird. Dazu werden alle Suggestionen, die das Wohlbefinden nach dem Aufwecken beeinträchtigen könnten (z.B. Müdigkeit, Schwere) zurückgenommen, während Ruhe und Entspannung posthypnotisch fixiert werden. Durch den Einfluß von M. ERICKSON (1978, 1981), der unter dem Begriff der Hypnotherapie eine eigene Technik der Hypnosebehandlung geprägt hat, fand eine Wandlung des therapeutischen Vorgehens statt. ERICKSON entwickelte eine Reihe von indirekten (sogenannten «beiläufigen») Techniken zur Tranceinduktion. Diese therapeutische Trance soll dem Patienten (und auch dem Hypnotherapeuten) ermöglichen, Zugang zu bisher unbewußten bzw. verschütteten Potentialen zu erhalten. Dies geschieht häufig mit Hilfe von Metaphern, also mit Bildern oder Vergleichen, die bestimmte problematische Aspekte der Situation des Patienten treffend wiedergeben, ohne sie direkt anzusprechen, und die gleichzeitig unvermutete Lösungen anbieten, ohne sie aufzudrängen. Generell achten Therapeuten aus der Schule ERICKSONS (ähnlich wie auch in der Psychoanalyse) sehr darauf, daß unbewußte Inhalte nicht zu früh das Bewußtsein erreichen, d.h. bevor der Patient fähig ist, diese anzunehmen und zu integrieren. Verhaltensänderungen werden grundsätzlich auch ohne bewußte Einsicht für möglich gehalten.

### *Indikation und Bewertung*

Während in der ursprünglichen «Hypnoanalyse» die Aufdeckung bewußtseinsferner Erlebnisse- und Konflikthalte zentrales Anliegen war, steht heute allgemein bei der Hypnosebehandlung die Erzeugung von Entspannung und Anästhesie im Vordergrund. Als Indikationsbereiche der symptomatischen Hypnosetherapie gelten neben den klassischen Psychosomatosen vor allem die Vielzahl von (chronischen) Schmerzsymptomen (insbesondere Phantom- und Carcinomaschmerzen). Darüber hinaus hat die hypnotisch induzierte *Analgesie* bei kleineren Operationen, Entbindungen sowie insbesondere bei zahnärztlichen Behandlungen an praktischer Bedeutung gewonnen. Zu den Kontraindikationen gehören in erster Linie alle Formen von psychotischen bzw. paranoiden Erkrankungen sowie nicht aufgearbeitete Traumatisierungen. Mögliche Gefahrenquellen der Hypnosebehandlung liegen in einem

Mißbrauch der engen Beziehung zum Patienten, was unter Umständen zur Fixierung einer infantil-erotischen Abhängigkeit führen kann. Zusätzlich zu beachten ist, daß die Suggestibilität, d. h. die affektive Empfänglichkeit für äußere Beeinflussungen, von vielen Einflüssen abhängt (u. a. Lebensalter, momentane emotionale Ansprechbarkeit, Persönlichkeitsmerkmale, Widerstände, erhöhte Suggestibilität bei Ermüdungszuständen) sowie intra- und interindividuell beträchtlichen Schwankungen unterliegt. So ist ein Teil der Patienten schwer oder überhaupt nicht hypnotisierbar (vgl. LEUNER u. SCHROETER, 1975). Bei der Indikation zur Hypnose ist zusätzlich zu bedenken, daß diese häufig dem Wunsch vieler Patienten Vorschub leistet, sich nicht aktiv mit Konflikten auseinandersetzen zu müssen. In mehreren empirischen Studien konnte eine symptomatische Wirksamkeit der Hypnose zwar nachgewiesen werden (vgl. MEYER et al., 1991), doch gerade bei dieser zur Regression auffordernden Therapieform sollte auch an Wirkfaktoren gedacht werden, die in der spezifischen Arzt-Patient-Beziehung (in der Regel intensive Abhängigkeitsbeziehungen) begründet liegen und so (kurzfristige?) Übertragungsheilungen begünstigen.

### 1.3 Autogenes Training (Unterstufe)

Das Autogene Training stellt eine aus der Fremdhypnose hervorgegangene Methode der Autosuggestion dar, die in den zwanziger Jahren von dem deutschen Psychiater H. J. SCHULTZ (1987) entwickelt wurde. In der Folgezeit wurde es von diesem Autor zu einer systematischen Form der *Selbstentspannungsmethode* erweitert, deren Anwendungsspektrum heute vom Leistungssport über den prophylaktischen Einsatz bis hin zur psychotherapeutischen Heilbehandlung reicht.

#### *Therapeutisches Vorgehen*

Über die konzentrierte Selbstentspannung mittels festgelegter Übungsvorstellungen wird ein leicht hypnoider Zustand herbeigeführt. Ziel ist der Erwerb der Fähigkeit, eine «organismische Umschaltung» zu

vollziehen; darunter ist die willentliche Umschaltung von einer aktivitätsgerichteten ergotropen auf eine der Restitution und Erholung dienende trophotrope Reaktionslage zu verstehen (vgl. MEYER in Kap. II.A). Außer zur Entspannung kann das Autogene Training auch zur Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit sowie zur Resonanzdämpfung der (überschießenden) Affekte eingesetzt werden. SCHULTZ (1987) unterscheidet eine Unter- und eine Oberstufe des Autogenen Trainings, wobei im allgemeinen nur die Unterstufe zu therapeutischen Zwecken eingesetzt wird. Die Oberstufe steht den imaginären Verfahren nahe (vgl. Katathymes Bilderleben), wo mittels meditativer Selbstversenkung eine Beeinflussung des inneren Erlebens angestrebt wird (zum ausführlichen Überblick s. DIEHL u. MILLER, 1990). Im folgenden soll der sechsstufige Übungsaufbau der Unterstufe des Autogenen Trainings kurz skizziert werden (KRAFT, 1989).

1. *Schwereübung:*  
«Der rechte/linke Arm ist ganz schwer.»  
(Muskelentspannung)
2. *Wärmeübung:*  
«Der rechte/linke Arm ist ganz warm.»  
(Blutgefäßentspannung)
3. *Herzübung:*  
«Das Herz schlägt ruhig und regelmäßig.»  
(Beeinflussung des Herzrhythmus)
4. *Atemübung:*  
«Die Atmung ist ganz ruhig.»  
(Beeinflussung des Atemrhythmus)
5. *Sonnengeflechtsübung:*  
«Das Sonnengeflecht ist strömend warm.»  
(Beeinflussung der Abdominal- und Unterleibsorgane durch Konzentration auf den Plexus solaris)
6. *Kopfübung:*  
«Die Stirn ist angenehm kühl.»  
(Stirnkühleübung zur Minderung der Kopfdurchblutung)

Diese Übungen werden in der Regel in einem Abstand von 14 Tagen erlernt; in der Zwischenzeit wird ein tägliches Üben empfohlen. Jedes Autogene Training (außer bei einem Einsatz als Schlafhilfe) endet mit dem sogenannten «Zurücknehmen» des Relaxationseffektes und des hypnoiden Zustandes, wobei darüber hinaus eine allgemeine Dynamisierung (anregende Wirkung über Muskeltonus, Kreislauf-tonus, Blutdruckverhalten, Frischegefühl) angestrebt wird. Das entsprechende Formelkommando lautet:

«Arme fest! Tief atmen! Augen auf!»

Für das Autogene Training kommen sowohl liegende als auch sitzende Körperpositionen in Frage (Liegehaltung, sogenannte «Droschkenkutschhaltung», «Fernsehesselhaltung»).

### *Indikation und Bewertung*

Obwohl das Autogene Training das verbreitetste der in diesem Kapitel besprochenen Verfahren darstellt und sowohl in der ärztlichen Praxis als auch in der psychotherapeutischen Weiterbildung einen zentralen Stellenwert einnimmt, schneidet es in allen empirischen Wirksamkeitsprüfungen überraschend schlecht ab; im Hinblick auf die jeweilige Symptomatik erwies sich das Autogene Training in einer Metaanalyse (vgl. MEYER et al., 1991) in den vielen Untersuchungen als wirkungslos; damit steht die Popularität in auffallendem Gegensatz zur relativ geringen Effektivität. Neuere und besser kontrollierte Studien (s. GRAWE et al., 1993) können diese Einschätzung etwas korrigieren. Insgesamt ist der Anwendungsbereich des Autogenen Trainings sehr ausgedehnt, so gibt es kaum eine psychosomatische Erkrankung, bei der es nicht versucht wurde.

### **1.4 Katathymes Bilderleben**

Das Katathyme Bilderleben – auch als Tagtraumtechnik bezeichnet – ist als weitgehend standardisierte Therapieform von LEUNER (1989, 1994) entwickelt worden. Dieses Verfahren besteht darin, sich in einem hypnoiden Bewußtseinszustand Bilder (Tagträume) vorzustellen. Dazu wurden 12 Standardmotive gewählt, die geeignet sind, unbewußte Konfliktbereiche widerzuspiegeln. Diese werden dem Patienten, der sich in einem entspannten, leicht ich-regressiven Zustand befindet, als vage formulierte Imaginationen angeboten. Als tiefenpsychologisch orientiert gilt dieses Verfahren insofern, als unbewußte Motive und Konflikte angenommen werden und Regressions- und Projektionsvorgänge sowie traumgestaltende Primärprozesse (Verdichtung, Verschiebung, Symbolisierung) und Gegenübertragungsreaktionen berücksichtigt werden (LEUNER, 1989).

### *Therapeutisches Vorgehen*

Das fundamentale technische Prinzip beim Katathymen Bilderleben ist die Auslösung und anschließende Bearbeitung von imaginativen Prozessen (LEUNER,

1994). Als Ausgangspunkt dazu dienen die erwähnten Standardmotive, die ihrer psychischen Brisanz entsprechend in eine Grund-, Mittel- und Oberstufe eingeteilt werden. Der Therapeut fordert dazu den Patienten auf, sich eines dieser Motive vorzustellen und über die entsprechenden inneren Erlebnisse zu berichten; je nachdem greift er lenkend, unterstützend oder konfrontativ in das Tagtraumgeschehen ein. Den einzelnen drei Stufen entsprechen sogenannte «Regieprinzipien» des Therapeuten. Die Anleitung zum Handeln in der Vorstellungswelt des Patienten ist nur eine von mehreren Möglichkeiten des Umgangs mit dem in der Imagination auftauchenden Material. Beim sogenannten «übenden Vorgehen» werden Standardmotive in der Phantasie immer wieder durchgespielt, ohne interpretiert zu werden; mit Hilfe assoziativer Techniken wird der Patient angeregt, in Bildern (statt in Worten wie bei der klassischen Psychoanalyse) zu assoziieren.

Im einzelnen lauten die Standardmotive der Grundstufe des Katathymen Bilderlebens, bei der es um die Entfaltung kreativer Imaginationen geht, folgendermaßen:

1. die Wiese (symbolischer Ausdruck der aktuellen Gestimmtheit)
2. der Bachlauf (symbolischer Ausdruck der fließenden Dynamik des seelischen Geschehens)
3. der Berg (symbolischer Ausdruck des eigenen Leistungsverhaltens und Anspruchsniveaus)
4. das Haus (symbolischer Ausdruck der eigenen Persönlichkeit)
5. der Waldrand (symbolischer Ausdruck für unbewußte verdrängte, verborgene Inhalte)

Zu den Standardmotiven der Mittelstufe, bei der das Fokussieren aktueller Konflikte, das Durcharbeiten sowie Übertragungsphänomene im Vordergrund stehen, gehören:

6. das Erscheinen naher Bezugspersonen (Ausdruck der Familienbeziehungen und -dynamik)
7. die Ermittlung des Ich-Ideals (Ausdruck von Identitätsproblemen)
8. Autostop bzw. Rosenbusch (Einstellung gegenüber Sexualität)
9. der Löwe (Prüfung aggressiver Impulse)

Die Standardmotive der Oberstufe sind:

- 10a. die Höhle (symbolischer Ausdruck unbewußter Fehlhaltungen sowie Probleme der Homoerotik und Rivalität)
- 10b. das Sumpfloch (Manifestationsort ödipaler, d. h. gegengeschlechtlicher – oft archaischer – Symbolgestalten als Ausdruck regressiver sexueller Impulse)
11. der Vulkan (Ausdruck stark andrängender aggressiver Impulse oder narzißtischer Wut)

12. der Foliant (symbolischer Ausdruck der kindlichen Sicht vom stereotypen Erwachsenen)

Als therapeutisches Wirkprinzip wird zum einen die besondere Übertragungssituation angesehen, in der es der Patient unter dem Schutz des Therapeuten wagen kann, sich aktiv mit ihm bislang unbekannten Konfliktbereichen zu beschäftigen. Darüber hinaus wird dem Umgang mit den Symbolgestalten eine kathartische Wirkung zugeschrieben sowie aufgrund der Möglichkeit des Erprobens neuer Verhaltensweisen in der Phantasie die Wirkung sozialer Lernvorgänge angenommen.

### *Indikation und Bewertung*

Der Indikationsbereich des Katathymen Bilderlebens liegt vor allem in der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, die nur schwer Zugang zu ihrem inneren Erleben finden (WILKE u. LEUNER, 1990), sowie von Patienten mit neurotischen Störungsbildern. Von verschiedenen Autoren ist der Anwendungsbereich des Katathymen Bilderlebens auf die Behandlung von Suchtpatienten sowie auf ein gruppen- und paartherapeutisches Setting (LEUNER et al., 1986) erweitert worden (zum Überblick s. HERRMANN, 1990). Als relative Kontraindikationen werden in der Literatur mangelnde Intelligenz, Psychosen, hirnorganische Syndrome, schwere Depressionen und Borderlinepersönlichkeitsstörungen angegeben. Empirische Wirksamkeitsnachweise liegen für das Katathyme Bilderleben bisher nur so vereinzelt (in dem Forschungsgutachten von MEYER et al. werden insgesamt nur zwei Studien erwähnt) und mit widersprüchlichen Ergebnissen vor, so daß verallgemeinernde Schlußfolgerungen hinsichtlich Effektivität oder differentieller Indikation bislang nicht möglich erscheinen (vgl. MEYER et al., 1991).

## **2. Humanistische Psychotherapieverfahren**

### **2.1 Überblick**

Die in der Therapiegruppe der sogenannten Humanistischen Psychologie zusammengefaßten therapeutischen Verfahren haben

vielfältige historische Wurzeln, insbesondere in der Philosophie des Existentialismus. Die einzelnen Ansätze sind dabei recht heterogen; zu ihnen gehören die *klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (C. ROGERS), die *Gestalttherapie* (F. PERLS), das *Psychodrama* (J. MORENO) sowie weiterhin die *Transaktionsanalyse* (E. BERNE), die *Themenzentrierte Interaktion* (R. COHN), die *Bioenergetik* (A. LOWEN) und die *Logotherapie* (V. FRANKL), wobei auf die letztgenannten Verfahren im folgenden nicht ausführlicher eingegangen werden kann.

Die «Humanistische Psychologie» versteht sich als eine therapeutische Ausrichtung, die neben der klassischen Psychoanalyse und dem Behaviorismus eine «dritte Kraft» in der Psychologie bildet (zum Überblick s. QUITMANN, 1985). Trotz der Heterogenität der einzelnen psychotherapeutischen Ansätze ist dieser Richtung gemeinsam, daß für die «naturegegebene Anlage» des Menschen grundlegend konstruktive, positive Strebungen postuliert werden, die Disposition zu aggressiven und destruktiv-zerstörerischen Tendenzen werden entweder negiert bzw. als pathologische Reaktionen auf die Unterdrückung und Enttäuschung der sogenannten «menschlichen Grundbedürfnisse» (nach Leben, Sicherheit, Geborgenheit, Liebe und Selbstverwirklichung; vgl. «Bedürfnishierarchie» nach MASLOW (1973)) aufgefaßt. Aus diesem Verständnis resultieren auch veränderte Vorstellungen bzw. Kriterien von psychischer Gesundheit und Krankheit innerhalb der «humanistischen Therapieverfahren». Menschen werden krank, wenn es zur Blockierung der angeborenen Tendenz nach Selbstentfaltung im Sinne von Differenziertheit, Unabhängigkeit und Selbstverantwortlichkeit kommt. Psychische Gesundheit demgegenüber bedeutet, daß ein Mensch offen, frei und flexibel ist, sich seinen individuellen Bedürfnissen entsprechend entwickeln zu können; in der Vergangenheit liegende negative Erfahrungen determinieren nicht mehr das gegenwärtige Leben; an die Stelle einer Gefühlsabwehr ist die Fähigkeit zur bedingungslosen Gefühlswahrnehmung getreten. (Problematisch an diesem Konzept erscheint jedoch, daß der Komplexität der Bedeutung biographischer

Erfahrungen damit kaum Rechnung getragen wird.) Für die therapeutische Praxis resultiert aus diesen Annahmen das Konkretisieren des Erlebens im »Hier und Jetzt«. Es geht darum, innerhalb eines therapeutischen Wachstums- und Selbstverwirklichungsprozesses die eigenen Potentiale und Möglichkeiten – aber auch die Grenzen – zu entdecken. Dieses Vorgehen, das an der Unmittelbarkeit des Erlebens im therapeutischen Prozeß ansetzt, wird von »humanistischen Therapeuten« dem Erinnern in der Psychoanalyse (dem »Dort und Damals«) gegenübergestellt; jedoch geht auch in die psychoanalytische Therapie aktuelles Erleben ein in Form der Gestaltung der therapeutischen Beziehung aufgrund von Übertragung und Gegenübertragung. Das holistische Menschenbild, ausgehend von einer Körper-Geist-Seele-Einheit, begründet den therapeutischen Anspruch, kognitiven, emotionalen und imaginativen Prozessen sowie körperlichen Reaktionen gleichermaßen Aufmerksamkeit zu schenken. Hieraus resultiert die große Methodenvielfalt innerhalb der »humanistischen Erlebenspsychotherapien«, deren Anliegen die Förderung des »kreativen Wachstumspotentials« sowie das »Streben nach Selbstverwirklichung« ist. Als Exponenten dieser Therapierichtung sollen im folgenden die Ansätze von ROGERS, PERLS und MORENO näher dargestellt werden.

## 2.2 Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach CARL ROGERS

Das Konzept der »client centered therapy« wurde von dem amerikanischen Psychologen C. ROGERS in den vierziger Jahren begründet und bis in die achtziger Jahre immer wieder ergänzt und modifiziert (ROGERS, 1973, 1977). Im deutschsprachigen Raum hat das Ehepaar TAUSCH (1990) diese Therapierichtung unter der Bezeichnung »klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie« eingeführt und etabliert; MEYER beschreibt dieses Verfahren in Kapitel II.A unter dem Begriff der »Personzentrierten Therapie«. Eine spezielle Akzentuierung innerhalb dieses Ansatzes, in der körperliches und imaginatives Erleben besondere Beachtung findet, ist unter dem

Begriff »Focusing« (GENDLIN, 1982) bekannt geworden.

In seiner Theorienbildung über das Selbst postuliert ROGERS eine allen lebenden Organismen angeborene Tendenz zur sogenannten *Selbstaktualisierung*, worunter ein Prozeß zu verstehen ist, der auf die Verwirklichung individueller Möglichkeiten und ein Streben in Richtung auf positive Ziele gekennzeichnet ist. »Von Natur aus« sieht er den Menschen grundsätzlich als befähigt an, den Anforderungen hinsichtlich individueller Entwicklung, der konstruktiven Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen sowie der Realität gerecht zu werden. Ungünstige Lernvorgänge und Beziehungserfahrungen mit bedeutsamen anderen Personen (z. B. Eltern, Lehrer), die eine wesentliche Funktion für die Ausbildung eines stabilen Selbstkonzeptes im Sinne von Identität haben, können diesen Prozeß der Selbstaktualisierung blockieren bzw. dysfunktional gestalten. Kommt es auf diese Weise zu Diskrepanzen zwischen dem Selbst und Erfahrungen, die nicht in das Selbstkonzept integriert werden können (d. h. verzerrte oder fehlende Symbolisierungsprozesse), bewirkt diese *Inkongruenz* (ROGERS 1979, 1981) bei den Betroffenen ein Gefühl innerer Bedrohung und Spannung und wird so zum Ausgangspunkt für psychische Konflikte und Entwicklungshemmungen. An dieser Stelle wird auch deutlich, wie sich die gesprächstherapeutische Position von psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Vorstellungen zur Krankheitsätiologie unterscheidet. ROGERS und seine Nachfolger haben keine spezielle Neurosentheorie bzw. differenzierte Annahmen zur Entstehung spezifischer Störungsbilder entwickelt, vielmehr ist es ROGERS' (1973) Anliegen gewesen, sich vom vorherrschenden medizinischen Krankheitsmodell zu distanzieren. Dies hat aber auch zur Folge, daß die Gesprächspsychotherapie über keine explizit ausformulierten ätiologietheoretischen Annahmen verfügt, die erklären könnten, warum bestimmte Patienten an bestimmten Störungen erkranken, oder die Hinweise auf differenzierte therapeutische Behandlungsstrategien zulassen würden (sogenanntes *uniformes Ätiologiekonzept*), wobei jedoch die impliziten Konstrukte den psychoanalytischen Annah-

men recht nahe stehen (vgl. BIERMANN-RATJEN et al., 1986; KÖHLER-WEISKER, 1978). Übergeordnetes Therapieziel ist nach ROGERS die sogenannte «fully functioning person», d. h. der Mensch, der sich selbst akzeptiert, in Übereinstimmung mit seinem Ideal- und Selbstbild lebt (*Selbstakzeptanz*) sowie fähig und bereit ist, soziale Beziehungen aufzunehmen. Eine weitere Spezifikation, welche Aspekte bei einem gesunden Selbstkonzept bewußtseinsfähig werden (z. B. bestimmte Beziehungserfahrungen, unbewußte Vorgänge, Konflikte), gibt ROGERS nicht.

### *Therapeutisches Vorgehen*

In Übereinstimmung mit seiner Überzeugung, daß eine reife Person befähigt ist, eigene Urteile und Entscheidungen zu treffen (offen bleibt damit jedoch die Frage nach den unreifen, abhängigen Personen, s. u.), lehnen Gesprächspsychotherapeuten (ROGERS, 1977) es ab, für ihre Patienten konkrete Therapieziele zu formulieren. Die Hauptaufgabe des Gesprächspsychotherapeuten liegt vielmehr darin, Bedingungen zu schaffen, die es dem Patienten ermöglichen, «to be the self one truly is», und ihn bei seinen eigenen Selbstexplorationsprozessen zu unterstützen. In der orthodoxen Gesprächspsychotherapie hat die Beschreibung der therapeutischen Einstellung und emotionalen Haltung Vorrang vor einer Spezifikation von Therapietechniken; dem uniformen Störungskonzept entspricht somit ein universelles Interventionskonzept. Das genuin gesprächstherapeutische Beziehungsangebot besteht in der Schaffung eines nicht-autoritativen, permissiven Klimas, das der Therapeut dazu nutzt, sich in den inneren Bezugsrahmen des Patienten einzufühlen (*Empathie*) und dessen Gefühle und Wahrnehmungen zu verstehen, um ihm dann die in dem Gesagten implizierten Emotionen zurückspiegeln und reflektieren zu können (sogenannte *Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte*). Diese therapeutische Empathie verbunden mit dem Akzeptieren und Verdeutlichen von Gefühlen hat die Funktion, die Selbstempathie des Patienten als den wesentlichen Bestandteil (und das Ziel) des therapeutischen Prozesses zu fördern, und ist scharf abzugrenzen von einem Verständnisvollsein im Sinne einer mitleidvollen Haltung. Neuere Publikationen zeigen auch in der Gesprächstherapie in jüngster Zeit eine Tendenz zur Differenzierung in Krankheitslehre und Behandlungstechnik (TEUSCH u. FINKE, 1993). Die zentralen Komponenten des Therapeutenverhaltens, die als notwendige und zugleich hinreichende Bedingungen konstruktiver Veränderungsprozesse

angesehen werden, lassen sich zusammenfassend folgendermaßen beschreiben:

- Empathie (einführendes Verstehen, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte)
- positive Wertschätzung (Akzeptanz, Achtung, Respekt, emotionale Wärme)
- Selbstkongruenz (Echtheit, Authentizität) (zum Überblick vgl. BIERMANN-RATJEN et al., 1986)

Zusammenhänge der gegenwärtigen Probleme des Patienten mit seiner infantilen Neurose werden im Rahmen der Gesprächspsychotherapie nicht diskutiert, besprochen wird jedoch die Bedeutung der subjektiven Erfahrungen, um so Symbolisierungsprozesse zu fördern. KÖHLER-WEISKER (1978), die gesprächstherapeutische und psychoanalytische Behandlungstechniken miteinander verglichen hat, kommt zu dem Schluß, daß (ähnlich wie in der Analyse der Übertragungsbeziehung) der Patient in der Gesprächspsychotherapie Gefühle wiederentdecken kann, die Objekten seiner Kindheit gegolten haben, mit der folgenden Möglichkeit, diese ins Ich zu integrieren. Gegenstand der Therapie ist hauptsächlich die Bearbeitung der Frage, was es verhindert, daß der Patient zu sich selbst eine solch empathischakzeptierende Beziehung aufnehmen kann, wie sie ihm der Therapeut anzubieten bemüht ist. In diesem Sinne wird Gesprächspsychotherapie als korrigierende Beziehungserfahrung verstanden mit dem Ziel der Internalisierung eines das Selbst empathisch spiegelnden inneren Objektes als psychische Struktur. Mit diesem Verständnis des therapeutischen Prozesses sind sich die Konzepte ROGERS' (1977) und FREUDS (1912) trotz großer Unterschiede in der sprachlichen Formulierung sehr ähnlich. Aufgrund eigener empirischer Untersuchungen konzeptionalisieren STUHR und MEYER (1991) die Personenzentrierte Therapie als eine Fokalthherapie mit einem invarianten, d. h. für alle Patienten identischen Focus: »Erkenne Deine Gefühle und drücke sie aus und akzeptiere Dich selbst. Dies ist das Entscheidende, das, was du brauchst, um leben zu können.« Demgegenüber stehen die individualisierten Focusformulierungen einer psychoanalytischen Fokalthherapie, die sich auf die spezifischen Symptome und/oder die Biographie beziehen (vgl. MEYER in Kap. II.A).

### *Indikation und Bewertung*

Die Gesprächspsychotherapie ist angeregt durch ROGERS selbst von Beginn an offen für empirische Psychotherapieprozeßforschung gewesen, so daß mittlerweile im deutschen Sprachraum eine Fülle von differenzierten Verlaufs- und Effektivitätsstudien vorliegen. In einem aktuellen Überblick der Forschungs-

befunde kommen MEYER et al. (1991) zu dem Ergebnis, daß eine ambulant durchgeführte gesprächspsychotherapeutische Einzel- als auch Gruppenbehandlung eine wirkungsvolle Therapie für Patienten mit unterschiedlichen neurotischen Störungsbildern zu sein scheint. Weniger geeignet scheint die Gesprächspsychotherapie jedoch für die ambulante als auch stationäre Behandlung schwer gestörter psychiatrischer Patienten. Besonders ungünstige Behandlungsergebnisse ergaben sich auch bei beziehungsunfähigen, sozial stark beeinträchtigten Patienten und solchen, die starke Abhängigkeitswünsche an die Therapeuten herantragen und sich von ihnen leiten lassen wollen. Außer im Rahmen der Heilbehandlung hat die Gesprächspsychotherapie im Selbsterfahrungsbereich Bedeutung erlangt und mit der expliziten Formulierung der Bestimmungsstücke einer hilfreichen Beziehung (Empathie, Akzeptanz, Echtheit) ebenfalls großen Einfluß auf Überlegungen zur Gestaltung des ärztlichen Gesprächs gehabt.

### 2.3 Gestalttherapie

Die Gestalttherapie gehört zu den «humanistischen Erlebnistherapien» und geht ursprünglich auf den Psychoanalytiker F. PERLS (1973) zurück; auch sie hat mittlerweile eine Reihe von Weiterentwicklungen erfahren (u. a. von POLSTER u. POLSTER, 1973); als deren bedeutendste kann die sogenannte integrative Gestalttherapie von PETZOLD (1984) angesehen werden. Diese Therapieform integriert theoretische Konzepte aus der Psychoanalyse (unbewußter Konflikt, Abwehrmechanismen), aus der Wahrnehmungs- und Denkpsychologie (Gestalttheorie), dem Behaviorismus und aus der Gruppendynamik. Aus der Gestalttheorie ist das Konzept des *Figur-Grund-Phänomens* entlehnt und auf Modelle der Persönlichkeitsentwicklung übertragen worden. So werden in der Terminologie der Gestalttherapie aktuelle Bedürfnisse als «Figur» bezeichnet auf dem Hintergrund der Wahrnehmung der Gesamtumwelt («Figur-Grund-Differenzierung»). Nach dieser Auffassung ist eine gesunde Person imstande, flexibel von einer «Figur» (d. h. Bedürfnis) zur nächsten überzugehen.

Seelische Erkrankungen resultieren aus «Blockierungen» dieser «Figur-Grund-Dynamik», d. h. durch Störung des «Kontaktes nach innen und außen» (z. B. durch Nicht-Wahrnehmen von Bedürfnissen), und sind vor allem bedingt durch Defizite in der Entwicklung (Deprivation) oder durch den Versuch, Angst und Schmerz zu vermeiden. In diesem Fall werden in dem resultierenden Konflikt Lebensenergien gebunden und Entwicklungspotentiale beschränkt; da «Gestalten sich nicht schließen können», werden die Grundmuster dieser Konflikte sich ständig wiederholen. (Verglichen mit den theoretischen Konzeptionen der Psychoanalyse erscheinen die Störungskonzepte der Gestalttherapie insgesamt jedoch relativ undifferenziert und global.) Die Gestalttherapie nimmt an, daß erst, wenn jemand auch seine negativ bewerteten Regungen und Gefühle gelten lassen kann, er die Kraft hat, sich neu zu entscheiden und sein Verhalten zu ändern; negative Affekte wie Angst, Frustration, Trauer oder Aggression werden nicht nur in Kauf genommen, sondern vielmehr als Motor der Entwicklung angesehen. Problematisch auch an diesem Ansatz erscheint vor allem, daß der Mensch quasi als ahistorisches Wesen aufgefaßt und die Bedeutung von Beziehungserfahrungen vernachlässigt wird.

#### *Therapeutisches Vorgehen*

Ein zentrales therapeutisches Grundprinzip besteht (ähnlich wie in der Psychoanalyse, allerdings aufgrund eines anderen theoretischen Verständnisses) darin, im Rahmen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung dem Patienten mehr Bewußtheit («awareness») über seine aktuelle Situation zu ermöglichen. Wesentlich ist, dem Betreffenden den Konflikt zwischen Impuls («angefangener Gestalt») und Blockierung (Gegenimpuls) in gegenwärtigen Beziehungen erlebbar zu machen. Die therapeutischen Interventionen bestehen weniger aus Deutungen, eher im Verstärken der unmittelbar sichtbaren Befindlichkeit des Patienten, was eine sehr genaue Beachtung der nonverbalen Äußerungen impliziert. Die Gestalttherapie gilt als konfrontativ in dem Sinne, daß der Therapeut den Patienten anregt, sich positive und negative Regungen zuzugestehen und sie zu durchleben. In «Experimenten» läßt der Therapeut den Patienten erleben, was passiert, wenn er die Vermeidung überwindet. Dieses Zulassen der unterschiedlichen Facetten auch schmerzlicher Gefühle führt dazu,



daß der Betreffende sich mit diesen bisher weitgehend abgewehrten Ich-Anteilen schrittweise identifizieren kann. Bekannt geworden ist die Gestalttherapie auch dafür, eine Vielzahl therapeutischer Techniken formuliert zu haben; häufig eingesetzt wird beispielsweise die Inszenierung eines «inneren Rollenspiels» (Dialog mit sich selbst), in dem der Patient auf wechselnden Stühlen (Technik des leeren Stuhles) unterschiedliche Konflikttendenzen bzw. Konfliktpartner zu Wort kommen läßt. Die Interpretation von Phantasien und Träumen ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil gestalttherapeutischer Interventionen. Der Patient wird dazu veranlaßt, in der Gegenwart die Position jedes einzelnen Traumbildes einzunehmen; die Traumfiguren und -gegenstände werden dabei als entfremdete Ich-Anteile des Träumers aufgefaßt, die dieser aufgrund der Traumanalyse allmählich wieder in Besitz nehmen und akzeptieren bzw. sie im Leben auf angemessene Weise zum Ausdruck bringen kann. Gestalttherapie ist in der klinischen Praxis relativ weit verbreitet und findet sowohl als Einzel-, häufiger aber noch als Gruppentherapie statt.

### *Indikation und Bewertung*

In der Literatur (vgl. MEYER et al., 1991) ist bisher weder der Indikationsbereich für Gestalttherapie noch die Frage nach differentiellen Modifikationen oder spezieller Techniken abgeklärt worden. Generell besteht die Tendenz, die Anwendungsmöglichkeiten als sehr umfassend einzuschätzen. In der Regel wird daher von den üblichen Psychotherapieanforderungen ausgegangen, wobei jedoch bei Patienten, die gefährdet sind, psychotisch zu dekomensieren, große Vorsicht geboten ist. Gegenwärtig läßt die empirische Befundlage keinerlei Aussagen über globale oder differentielle Wirksamkeit von Gestalttherapie zu.

## **2.4 Psychodrama**

Das Psychodrama wird ebenfalls zu den «humanistischen», erlebnisorientierten Psychotherapieverfahren gerechnet. Ursprünglich geht das Verfahren auf den Wiener Arzt J.L. MORENO (1973) zurück, der den Begriff der Gruppentherapie geprägt und als erster psychologische Meßverfahren zur Diagnostik und Beschreibung von Gruppenstrukturen (Soziometrie) entwickelt hat. Die Theorie

zum Psychodrama formuliert keine grundsätzlich neuen Modelle zur Entstehung psychischer Störungen, vielmehr werden je nach Ausrichtung des jeweiligen Therapeuten psychoanalytische, ich-psychologische oder auch lerntheoretische Konzepte herangezogen (s. auch MEYER in Kap. II.A).

### *Therapeutisches Vorgehen*

Das Psychodrama wird überwiegend im gruppentherapeutischen Setting angewandt, selten in der Einzeltherapie als sogenanntes Monodrama. Über das umfangreiche Methodeninventar hat das Verfahren Ähnlichkeit zu anderen «humanistischen» Verfahren, insbesondere zur Gestalttherapie und körperorientierten Verfahren. Typisch für das Vorgehen ist das Umsetzen von Erlebnismaterial (z. B. interpersonelle Konflikte, aber auch imaginäre Vorstellungswelten wie Phantasien, Wünsche, Träume) mit Unterstützung des Therapeuten und der anderen Gruppenmitglieder in darstellbare Szenen, die durchgespielt und anschließend nachbesprochen werden. Hauptdarsteller bzw. Protagonist und Drehbuchautor ist dabei jeweils ein Patient (vgl. LEUTZ, 1974). Eine Psychodramasitzung verläuft üblicherweise in drei Phasen:

- *Gruppenanwärmphase*  
(dient diagnostisch-anamnestischen Zielen sowie dem Erinnern und Sammeln von Erlebnis- und Konfliktmaterial)
- *eigentliche Spielphase*  
(hat psychokathartische Zielsetzung; durch Wiederholen im Rollenspiel sollen Konflikte in der Gegenwart konkretisiert und erlebbar werden)
- *Integrationsphase*  
(hat auch analytisch-aufarbeitende Funktion; die Gruppenmitglieder berichten über ihre gefühlshafte Anteilnahme am dargestellten Problem, indem sie aus der eigenen Biographie erinnern («sharing»); danach geben insbesondere die Mitspieler ein sogenanntes Identifikationsfeedback, d. h. differenzierte Rückmeldung über Erfahrungen und Erleben in den verschiedenen Rollen, um dem Protagonisten so eine erweiterte und differenzierte Sicht auf sein Problem zu eröffnen)

Im Bedarfsfall kann eine verhaltensmodifikatorische Phase angeschlossen werden, in welcher der Protagonist von der Gruppe vorgeschlagene Handlungsalternativen im Rollenspiel ausprobieren kann. Auch dem Psychodramatherapeuten stehen eine Reihe unterschiedlicher Techniken zur Verfügung, u. a. das «Doppeln», hierbei fühlt sich der Therapeut in die jeweilige Situation und Gestimmtheit des Protagonisten ein und formuliert für diesen in der Ich-

Form, was ihn aktuell bewegen könnte. Weitere Techniken bestehen im «Spiegeln», d.h., ein Gruppenmitglied übernimmt kurzfristig die Rolle des Protagonisten, sowie im «Rollenrausch», wo der Protagonist in einer Spielszene die Rolle des jeweiligen Konfliktpartners übernimmt.

### *Indikation und Bewertung*

Psychodrama ist über den engeren therapeutischen Anwendungsbereich hinaus in einer Reihe anderer Kontexte eingesetzt worden, vor allem in Form des pädagogischen Rollenspiels, in der Erwachsenenbildung und der Supervision. Als Voraussetzung ist die Gruppenfähigkeit der einzelnen Teilnehmer zu fordern. Im stationären Setting ist die Psychodramatherapie gewöhnlich nur eine Komponente im Rahmen einer umfassenderen Behandlungskonzeption. Kontraindikationen ergeben sich für Patienten mit akuten Psychosen oder extremen sozialen Ängsten. Empirische Nachweise der Wirksamkeit fehlen bisher weitgehend, so daß dem Psychodrama zur Zeit nicht der Stellenwert eines umfassenden, für sich allein ausreichenden Therapieverfahrens zugesprochen werden kann.

## **Literatur**

- BALINT M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart 1991
- BIERMANN-RATJEN EM, ECKERT J, SCHWARTZ HJ: Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. Kohlhammer, Stuttgart 1986
- DIEHL BJM, MILLER TH (Hrsg.): Moderne Suggestionsverfahren. Hypnose – Autogenes Training – Biofeedback – Neurolinguistisches Programmieren. Springer, Heidelberg 1990
- ERICKSON MH, ROSSI EL: Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen. Pfeiffer, München 1981
- ERICKSON MH, ROSSI EL, ROSSI SL: Hypnose. Induktion, psychotherapeutische Anwendung, Beispiele. Pfeiffer, München 1978
- FREUD S: Die Ratschläge für den Arzt in der psychoanalytischen Behandlung (1912). GW VIII, 9. Aufl., S. 376. Fischer, Frankfurt 1969
- GENDLIN ET: Focusing. Otto Müller, Salzburg 1982
- GRAWE K, DONATI R, BERNAUER F: Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1993
- HERRMANN JM: Katathymes Bilderleben. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLER K, SCHOENCKE OW, VON UEXKÜLL T, WESIACK W (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, S. 343. Urban & Schwarzenberg, München 1990
- JOVANOVIC UL: Methodik und Theorie der Hypnose. Fischer, Stuttgart 1988
- KÖHLER-WEISKER A: Freuds Behandlungstechnik und die Technik der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers. Psyche 32, 827– 847, 1978
- KOSSAK HC: Lehrbuch der Hypnose. Beltz, Weinheim 1993
- KRAFT H: Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. Hippokrates, Stuttgart 1983
- LEUNER HC: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie (3. Auflage von «Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens»). Huber, Bern 1994
- LEUNER HC: Katathymes Bilderleben, Grundstufe. Thieme, Stuttgart 1989
- LEUNER HC, HENNIG H, FIKENTSCHER E (Hrsg.): Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Schattauer, Stuttgart 1993
- LEUNER HC, KOTTJE-BIRNBACHER L, SACHSSE U, WÄCHTER M: Gruppenimagination – Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Huber, Bern 1986
- LEUNER HC, SCHROETER E: Indikation und spezifische Applikation der Hypnosebehandlung. Huber, Bern 1975
- LEUTZ A: Das klassische Psychodrama nach J.L. MORENO. Springer, Berlin 1974
- LOHMANN R: Suggestive und übende Verfahren. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLER K, SCHOENCKE OW, VON UEXKÜLL T, WESIACK W (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, S. 331. Urban & Schwarzenberg, München 1990
- MASLOW AH: Psychologie des Seins. Ein Entwurf. Kindler, München 1973
- MEYER AE, RICHTER R, GRAWE K, VON DER SCHULENBERG G, SCHULTE B: Forschungsgutachten zu Fragen eines psychotherapeutischen Gesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf 1991
- MORENO JL: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Einleitung in die Theorie und Praxis. Thieme, Stuttgart 1973
- PERLS FS: Grundlagen der Gestalttherapie. Pfeiffer, München 1973
- PETZOLD H: Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Junfermann, Paderborn 1984
- POLSTER E, POLSTER M: Gestalttherapie: Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. Kindler, München 1973

- 
- QUITMANN H: Humanistische Psychologie. Hogrefe, Göttingen 1985
- ROGERS CR: Die klientbezogene Gesprächspsychotherapie. Kindler, München 1973
- ROGERS CR: Therapeut und Klient. Kindler, München 1977
- ROGERS CR: Lernen in Freiheit. Kösel, München 1979
- ROGERS CR: Der neue Mensch. Klett-Cotta, Stuttgart 1981
- SCHULTZ JH: Hypnose-Technik. Fischer, Stuttgart 1983
- SCHULTZ JH: Das autogene Training – konzentrierte Selbstentspannung. Thieme, Stuttgart 1987
- STUHR U, MEYER AE: University of Hamburg: Hamburg short-term psychotherapy comparison study. In BEUTLER L, CRAGO M (ed.) Psychotherapy research: An international review of programmatic studies, p. 212. 1991.
- TAUSCH R, TAUSCH AM: Gesprächspsychotherapie. Hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben. Hogrefe, Göttingen 1990
- TEUSCH L, FINKE J (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychotherapie. Asanger, Heidelberg 1993
- WILKE E, LEUNER HC (Hrsg.): Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Huber, Bern 1990

# H. Psychopharmakologische Therapie

HARALD J. FREYBERGER

## 1. Einführung

Die Indikation psychopharmakologisch wirksamer Substanzen bei psychosomatischen und psychoneurotischen Störungen ist bis heute nicht unumstritten. In der Diskussion zwischen Befürwortern und Skeptikern werden einerseits psychophysiologische und neurobiologische Hypothesen für die Genese psychosomatischer Erkrankungen angeführt und Konzepte einer «kausalen» psychopharmakologischen Behandlung vertreten; andererseits wird vor den Folgen der Psychopharmakaverordnung für verschiedene psychotherapeutische Behandlungsansätze und das Krankheitskonzept der Patienten gewarnt. Dabei hat sich in den vergangenen 10 bis 20 Jahren die ursprüngliche Auffassung zahlreicher Autoren, daß eine psychopharmakologische Intervention bei psychosomatischen Störungen wenig aussichtsreich, ggf. unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten sogar kontraindiziert sei, zugunsten einer stärker pragmatischen Haltung verändert. Danach werden Psychotherapie und Psychopharmakotherapie nicht mehr als prinzipielle Gegensätze gesehen, sondern als sich ergänzende therapeutische Ansätze anerkannt. Generell gilt dabei, daß eine psychopharmakologische Behandlung psychosomatischer Störungen ausschließlich in Kombination mit einem geeigneten Psychotherapieverfahren zu erfolgen

hat. Von psychopharmakologischen Substanzen allein dürfen keine über die Symptom- oder Syndrombeeinflussung hinausgehenden spezifischen Wirkungen erwartet werden. Vor diesem Hintergrund ergeben sich in Anlehnung an PAAR (1990) folgende Indikationen für die psychopharmakologische Behandlung psychosomatischer Störungen:

1. *Symptomreduktion* mit dem Ziel, eine Psychotherapie, die zuvor wegen eines übermäßig hohen Beschwerdedruckes nicht durchführbar erschien, zu ermöglichen. Dabei geht es etwa darum, für den Patienten kaum oder nicht tolerable und den psychotherapeutischen Prozeß stark behindernde ängstliche, depressive oder psychotische Symptome zu behandeln.
2. *Herstellung eines psychotherapeutischen Kontakts*, der ohne die Gabe von Psychopharmaka überhaupt nicht möglich wäre. In diese Indikationsgruppe fallen etwa Patienten mit einer unzureichenden psychotherapeutischen Motivation und mit einem vorwiegend an somatischen Vorstellungen orientierten Krankheitskonzept, die zunächst motivational über den «Umweg» einer Pharmakotherapie für Gespräche aufgeschlossen werden müssen.
3. *Fokale oder mittelfristig angelegte Symptomreduktion innerhalb bereits laufender psychotherapeutischer Kontakte*, etwa bei plötzlich auftretenden suizidalen oder psy-

chotischen Krisen und zur Stärkung von bestimmten, den psychotherapeutischen Prozeß positiv unterstützenden Ich-Funktionen (Stärkung der selbstreflektorischen Fähigkeiten u. a.).

In der klinischen Praxis werden diese speziellen Indikationen außerordentlich häufig nicht beachtet und Psychopharmaka, hier in erster Linie die Benzodiazepine, ohne begleitende Psychotherapie eingesetzt. Das zugehörige Konzept einer «medikamentösen Psychotherapie», bei dem die alleinige Psychopharmakagabe eine konfliktorientierte Auseinandersetzung mit den Determinanten psychosomatischer Störungen ersetzt, ist dabei als ärztlicher Kunstfehler anzusehen, der in entscheidendem Maße zur Chronifizierung psychosomatischer Störungen beitragen kann. Bevor Psychopharmaka bei psychosomatischen oder psychoneurotischen Störungen verordnet werden, müssen daher Indikation und die Folgen für die Arzt-Patient-Beziehung, das Krankheitskonzept und die Behandlungserwartungen des Patienten überprüft werden.

Wenn im folgenden die für die Behandlung psychosomatischer Störungen relevanten Substanzgruppen näher charakterisiert werden, ist auf zwei Aspekte zuvor einzugehen: auf die Problematik der Dosierungsrichtlinien und der möglichen unerwünschten (Neben-) Wirkungen.

Häufig ergibt sich im klinischen Alltag eine Diskrepanz zwischen empfohlenen und tatsächlich eingesetzten Dosierungen. Dies scheint nicht nur mit der sehr unterschiedlichen Empfindlichkeit der Patienten gegenüber den Psychopharmaka zusammenzuhängen, sondern auch damit, daß von psychopharmakologischen Substanzen eine spezifische Wirkung erwartet wird, die sie häufig nicht aufweisen. Tatsächlich wirken Psychopharmaka nur im Hinblick auf Ziel-symptome spezifisch. Dabei sind unidirektionale Zusammenhänge zwischen Dosierung und Symptomreduktion sind zu erwarten.

Hinsichtlich der Nebenwirkungen werden gerade bei psychosomatischen Störungen angesichts der situativen Notwendigkeit, pharmakologisch zu intervenieren, mittel- oder

langfristige schädliche Folgen der Einnahme häufig vernachlässigt. Nebenwirkungen variieren dabei individuell, spezifische mittel- oder langfristige Risiken einzelner Substanzgruppen sind bereits bei der Erstverordnung zu bedenken und mit dem Patienten zu diskutieren. Für die Behandlung mit Neuroleptika und Antidepressiva gilt gleichermaßen, daß sie nur kontrolliert unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden sollte. Zu den in regelmäßigen, anfangs monatlich durchzuführenden Routineuntersuchungen gehören RR und Puls, Blutbild, Harnstoff, Kreatinin, Leberenzyme, EKG und EEG.

## 2. Spezielle Pharmakologie

### 2.1 Für die Behandlung psychosomatischer Störungen relevante Substanzgruppen

Generell werden unter dem Begriff Psychopharmaka heute in Anlehnung an BENKERT und HIPPIUS (1992) alle Substanzen zusammengefaßt, für die nach kurzfristiger oder langfristiger Verabreichung in methodisch einwandfreien Untersuchungen an Tieren und Menschen zweifelsfrei ein psychotroper Effekt nachgewiesen worden ist. Dieser psychotrope Effekt muß auf der Wirkung des Pharmakons oder seiner Metaboliten auf zentralnervöse Strukturen beruhen. Obwohl die Klassifikation psychopharmakologisch wirksamer Substanzen in der Literatur noch verschieden gehandhabt wird, scheint sich unter strukturellen und klinischen Gesichtspunkten auch bei den für die Behandlung psychosomatischer Störungen relevanten Substanzgruppen die folgende Einteilung durchzusetzen:

- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Tranquilizer
- andere Psychopharmaka

### 2.2 Neuroleptika

*Definition und Substanzgruppen:* Neuroleptika sind antipsychotisch wirksame und psychomotorisch dämpfende Substanzen, die

*Tabelle 1:* Neuroleptische Substanzklassen, Generic (Auswahl), Handelsnamen (Auswahl) und übliche Tagesdosierungen (S = schwach potente, M = mittelpotente, H = hochpotente Neuroleptika)

| Substanzklasse                   | Generic           | Handelsnamen (Auswahl) | Dosierung  |
|----------------------------------|-------------------|------------------------|------------|
| <b>Trizyklische Neuroleptika</b> |                   |                        |            |
| Phenothiazinderivate             | Levopromazin (S)  | Neurocil               | 25–200 mg  |
|                                  | Promethazin (S)   | Atosil                 | 50–150 mg  |
|                                  | Prothipendyl (S)  | Dominal                | 40–400 mg  |
|                                  | Thioridazin (S)   | Melleril               | 50–200 mg  |
|                                  | Perazin (M)       | Taxilan                | 50–600 mg  |
|                                  | Perphenacin (M)   | Decentan               | 4–20 mg    |
|                                  | Fluphenazin (H)   | Dapotum                | 0.5–6 mg   |
| Thioxanthenderivate              | Chlorprotixen (S) | Truxal                 | 25–200 mg  |
|                                  | Clopendixol (H)   | Ciatyl                 | 10–50 mg   |
|                                  | Flupentixol (H)   | Fluanxol               | 3–15 mg    |
| Andere                           | Clozapin (M)      | Leponex                | 50–300 mg  |
|                                  | Prothipendyl (S)  | Dominal                | 40–400 mg  |
|                                  | Zotepin (M/H)     | Nipolept               | 50–100 mg  |
| Benzamide                        | Sulpirid (M)      | Dogmatil               | 150–800 mg |
| Butyrophenone                    | Haloperidol (H)   | Haldol                 | 1–15 mg    |
|                                  | Benperidol (H)    | Glianimon              | 1.5–6 mg   |
|                                  | Melperon (S)      | Eunerpan               | 50–300 mg  |
|                                  | Bromperidol (H)   | Impromen               | 3–10 mg    |
|                                  | Pipamperon (S/M)  | Dipiperon              | 40–360 mg  |
| Diphenylbutylpiperidine          | Pimozid (H)       | Orap                   | 2–8 mg     |
|                                  | Flispirilen (H)   | Imap (nur Depot)       | 2–6 mg     |

mit diesem Wirkungsspektrum zu einer Verringerung halluzinatorischer und wahnhafter Phänomene führen. Neuroleptika reduzieren verschiedene Qualitäten affektiver Spannung (u. a. Angst, Aggressivität) sowie den Antrieb und weisen einen schlafanstoßenden Effekt auf. Entsprechend ihren chemischen Eigenschaften werden die folgenden Substanzklassen unterschieden (vgl. Tab. 1): Trizyklische Neuroleptika (Phenothiazin- und Thioxanthenderivate sowie Clozapin), Benzamide, Butyrophenone und Diphenylbutylpiperidine. *Pharmakologische Wirkung und Klassifikation:* Die pharmakologische Wirkung besteht im wesentlichen in einer Dopaminrezeptorblockade (sowie einer Blockade von Acetylcholin-, Histamin-, Noradrenalin- und Serotoninrezeptoren). Nach antipsychotischer Wirksamkeit werden schwach-, mittel- und hochpotente Neuroleptika unterschieden. Während schwachpotente Neuroleptika (Klas-

sifikation S in Tab. 1) eine sedierende und anxiolytische Wirkung mit stärker vegetativen Nebenwirkungen aufweisen, zeigen hochpotente Neuroleptika (Klassifikation H in Tab. 1) im wesentlichen eine starke Wirkung auf produktiv-psychotische Phänomene mit häufiger extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen. Die sogenannten mittelpotenten Neuroleptika (Klassifikation M in Tab. 1) nehmen hier eine Mittelstellung ein.

*Indikationen:* Die wesentliche Indikation liegt in der Behandlung psychotischer Phänomene. Darüberhinaus werden Neuroleptika häufig bei der Therapie organischer Psychosyndrome, dementieller Entwicklungen und deliranter Zustandsbilder eingesetzt. Bei psychosomatischen Erkrankungen werden zumeist schwachpotente Neuroleptika wegen ihres sedierenden, anxiolytischen und schlafanstoßenden Effekts verwendet. Besondere Indika-

tionen ergeben sich heute bei der Therapie von Schmerzstörungen und durch den klinischen, aber keineswegs empirisch fundierten leichten antidepressiven Effekt einiger Neuroleptika (Thioridazin, Sulpirid, Flupenthixol u. a.). Für Melperon hat sich vor allem aus klinischen Gründen eine spezielle Indikation zur Gabe bei geriatrischen Patienten durchgesetzt. Generell sollte die Indikation von Neuroleptika bei psychosomatischen Störungen zurückhaltend gestellt werden, in den meisten Fällen ist eine antidepressive Behandlung vorzuziehen.

*Nebenwirkungen und Komplikationen:* Neben vegetativen Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Tachykardie und Speichelfluß sowie Müdigkeit und Konzentrationsschwäche können bei der Therapie mit Neuroleptika sogenannte extrapyramidal-motorische Symptome auftreten. Hierzu gehören sogenannte Früh-dyskinesien, ein neuroleptisch bedingter Parkinsonismus, Akathisie (Sitzunruhe) und Spätdyskinesien, die wegen ihrer Irreversibilität gefürchtet werden. Als Komplikationen können eine pharmakogene Depression, delirante Syndrome und epileptische Anfälle, Temperaturanstieg, Übelkeit, Erbrechen, Ileus, Miktionsstörungen mit Harnverhaltung, intrahepatische Cholestase, verschiedene kardiale Nebenwirkungen, Leukopenie und Agranulozytose, Thrombosen, Arzneimittalexantheme und Photosensibilisierung auftreten. Eine besondere Komplikation stellt das seltene sogenannte maligne neuroleptische Syndrom dar. Die am häufigsten übersehene, da meist nicht hinreichend erfragte Nebenwirkung betrifft die Auslösung bzw. Verstärkung vorbestehender sexueller Funktionsstörungen.

*Kontraindikationen:* Glaukom, Harnverhaltung, Pylorusstenose und Prostatahypertrophie. Trizyklische Neuroleptika sollten nicht bei Patienten mit Leukopenie oder ausgeprägten Blutbildveränderungen in der Vorgeschichte verabreicht werden. Sog. Depotneuroleptika (etwa Fluspirilen) sollten bei psychosomatischen Störungen mit äußerster Zurückhaltung verabreicht werden. Insbesondere vor dem Risiko der Spätdyskinesien bei mittel- oder langfristiger Anwendung, ist zu warnen.

## 2.3 Antidepressiva

*Definition und Substanzgruppen:* Antidepressiv wirksame Substanzen weisen je nach Wirkungsspektrum eine vorwiegend stimungsaufhellende, antriebssteigernde (oder sedierende) und angstlösende Wirkung auf. Unter strukturellen Gesichtspunkten werden die folgenden Substanzklassen unterschieden (vgl. Tab. 2): Trizyklische, tetrazyklische und andere Antidepressiva sowie MAO-Hemmer. Die Entwicklung in den vergangenen Jahren rechtfertigt zudem, nicht-trizyklische sogenannten selektive Serotonin-Rückaufnahmehemmer als eigene Antidepressivaklasse anzusehen.

*Pharmakologische Wirkung und Klassifikation:* Die pharmakologische Wirkung besteht im wesentlichen in einer Erhöhung der Konzentration von biogenen Aminen an zentralen Synapsen. Durch eine wahrscheinliche Aufnahme- bzw. Wiederaufnahmehemmung von Katecholaminen und Serotonin wird deren Konzentration im synaptischen Spalt erhöht. Nach dem sogenannten Dreikomponentenschema von KIELHOLZ (1971) werden unter Berücksichtigung der zu behandelnden Zielsymptome drei klinisch-therapeutische Wirkungstypen unterschieden: der Amitryptilintyp mit einer depressionslösenden und sedierenden Wirkung, der Imipramintyp mit einer depressionslösenden und psychomotorisch leicht aktivierenden Wirkung und der Desipramintyp mit einer depressionslösenden und psychomotorisch stark aktivierenden Wirkung. Obwohl sich diese Einteilung im wesentlichen auf klinische Erfahrungen stützt und die neu entwickelten Antidepressiva nur unzureichend in dieses Schema eingeordnet werden können, wird mit ihr eine pragmatische Indikation möglich. Diese ist nach den in jüngster Zeit veröffentlichten Studien allerdings auf nur zwei Zielsymptome zu beziehen (vgl. Tab. 3).

*Indikationen:* Die wesentliche Indikation der Antidepressiva betrifft depressive Verstimmungen unterschiedlichen Schweregrades. Je nach Zielsymptomatik müssen Antidepressiva dabei mindestens über einen Zeitraum von 8 bis 21 Tagen eingesetzt werden, da vor

Tabelle 2: Antidepressive Substanzklassen, Generic, Handelsnamen (Auswahl) und übliche Tagesdosierungen.

| Substanzklasse                | Generic          | Handelsnamen (Auswahl) | Dosierung  |
|-------------------------------|------------------|------------------------|------------|
| Trizyklische Antidepressiva   | Imipramin        | Tofranil               | 50–150 mg  |
|                               | Desipramin       | Pertofran              | 75–200 mg  |
|                               | Clomipramin      | Anafranil              | 50–225 mg  |
|                               | Amitryptilin     | Saroten                | 50–225 mg  |
|                               | Amitryptilinoxid | Equibrin               | 30–180 mg  |
|                               | Doxepin          | Aponal                 | 50–225 mg  |
|                               | Opipramol        | Insidon                |            |
|                               | Lofepramin       | Gamonil                | 149–210 mg |
|                               | Dibenzepin       | Noveril                | 240–480 mg |
|                               | Trimipramin      | Stangyl                | 100–200 mg |
| Tetrazyklische Antidepressiva | Maprotilin       | Ludiomil               | 50–225 mg  |
|                               | Mianserin        | Tolvin                 | 30–90 mg   |
| Andere Antidepressiva         | Trazodon         | Thombran               | 100–300 mg |
|                               | Viloxazin        | Vivalan                | 100–400 mg |
|                               | Fluvoxamin       | Fevarin                | 100–200 mg |
| MAO-Hemmer                    | Trancylpromin    | Parnate                | 5–20 mg    |
|                               | Muclobemid       | Aurorix                | 300–600 mg |
| Serotonin-Rückaufnahme-hemmer | Fluoxetin        | Fluctin                | 20–80 mg   |
|                               | Fluvoxamin       | Fevarin                | 50–200 mg  |
|                               | Paroxitin        | Tagonis                | 20–50 mg   |

allein die depressionslösende Wirkung zeitverzögert eintritt. Für die Anwendung von Antidepressiva bei neurotischen oder reaktiven Depressionen wurde in verschiedenen kontrollierten Studien nachgewiesen, daß die alleinige Gabe der Antidepressiva für sich gesehen bereits wirksam ist und sich die Behandlungsergebnisse bei kombinierter psychotherapeutischer und antidepressiver Behandlung deutlich gegenüber Patientengruppen verbessern, die allein psychotherapeutisch behandelt werden (vgl. u. a. COVI, 1974; HORST, 1990; HOWLAND, 1991; KLERNAN et al., 1974; STOKES, 1991). Für derartige Untersuchungen wurden standardisierte und einfach überprüfbare psychotherapeutische Behandlungsverfahren eingesetzt, zumeist aus dem verhaltenstherapeutischen Bereich (vgl. u. a. ROBINSON et al., 1990). Weitere Indikationen für Antidepressiva ergeben sich bei angstneurotischen Zustandsbildern, Phobien, Zwangssyndromen, Eßstörungen, Schlafstörungen und chronischen Schmerzzuständen (s. u.).

**Nebenwirkungen und Komplikationen:** In erster Linie treten bei der Gabe von Anti-

depressiva vegetative Nebenwirkungen auf: Mundtrockenheit, Schwitzen, Miktionsstörungen, Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Akkomodationsstörungen, Müdigkeit, sexuelle Funktionsstörungen, orthostatische Regulationsstörungen, Tremor, Tachykardie und Hautallergien. Als Komplikationen können kardiotoxische Wirkungen, paralytischer Ileus, Harnverhaltung, delirante Zustandsbilder, Augeninnendruckanstieg bei Glaukom, Thrombosen und seltener zerebrale Krampfanfälle und Agranulozytosen auftreten.

Tabelle 3: Klinisch-therapeutische Wirkungstypen für ausgewählte Antidepressiva. Antidepressiva der mittleren Gruppe können beiden Zielsyndromen zugeordnet werden (nach BENKERT u. HIPPIUS, 1992)

| Gehemmt-depressives Syndrom |               | Agitiert-ängstliches depressives Syndrom |
|-----------------------------|---------------|--|
| Desipramin                  | Clomipramin   | Amitryptilin                             |
| Fluoxetin                   | Dibenzepin    | Amitryptilinoxid                         |
| Fluvoxamin                  | Imipramin     | Doxepin                                  |
| Nortryptilin                | Maprotilin    | Mianserin                                |
| Paroxitin                   | Muclobemid    | Trazodon                                 |
| Viloxazin                   | Trancylpromin | Trimipramin                              |



**Kontraindikationen:** Prostatahypertrophie, Pylorusstenose, Glaukom, Überleitungsstörungen im EKG. Antriebssteigernde Antidepressiva sollten nicht bei (latent oder manifest) suizidalen Patienten eingesetzt werden, da die dissoziierte Wirkung auf Antrieb und Stimmung das Suizidrisiko erheblich verstärken kann.

## 2.4 Tranquilizer (Benzodiazepine)

**Definition und Substanzgruppen:** Unter der Bezeichnung Tranquilizer werden eine Gruppe von Substanzen zusammengefaßt, die angstlösende, beruhigende, sedierend-schlafanstoßende und affektiv entspannende sowie muskelrelaxierende und antikonvulsive Wirkungen entfalten. Einige dieser Effekte werden auch durch niedrig dosierte Neuroleptika erzielt; im Gegensatz zu den Tranquilizern wirken bei den Psychosen jedoch nur die Neuroleptika nachhaltig therapeutisch. Nach strukturellen, pharmakologischen und klinischen Gesichtspunkten werden die folgenden Substanzgruppen unterschieden: Benzodiazepine, Karbaminsäurederivate, Diphenylmethanderivate, tri- und tetrazyklische Tranquilizer und andere Tranquilizer. Von einigen Autoren werden auch die Beta-rezeptorenblocker (s. u.) dieser Gruppe zugeordnet, als deren wichtigste Gruppe die Benzodiazepine angesehen werden können. An

dieser Stelle werden nur die Benzodiazepine (vgl. Tab. 4) eingehender besprochen, da alle anderen Tranquilizer in der Psychopharmakotherapie heute als entbehrlich angesehen werden können.

**Pharmakologische Wirkung und Klassifikation:** Benzodiazepine verstärken die inhibitorische Wirkung von Gammaaminobuttersäure (GABA) vor allem im limbischen System und in der Substantia reticularis durch Bindung an besonderen postsynaptischen GABA-Rezeptoren. Unter klinischen und pharmakologischen Aspekten lassen sich Benzodiazepine unter verschiedenen Gesichtspunkten klassifizieren. Bedeutsam ist dabei u. a. die sehr unterschiedliche Halbwertszeit, wobei bei Benzodiazepinen mit einer Halbwertszeit über 13 Stunden Kumulationsgefahr besteht. Relativ kurze Halbwertszeiten (< 11 Stunden) zeigen Oxazepam, Lormetazepam, Temazepam und Triazolam, mittlere Halbwertszeiten (12–24 Stunden) Lorazepam und Flunitrazepam und lange Halbwertszeiten (> 24 Stunden) Chlordiazepoxid, Diazepam, Flurazepam und Nitrazepam. Bis heute konnte nicht eindeutig geklärt werden, ob Benzodiazepine ein unterschiedliches Wirkungsspektrum aufweisen.

**Indikationen:** Die wesentliche Indikation der Benzodiazepine betrifft in Analogie zu ihrem anxiolytischen, sedativ-hypnotischen und antiaggressiven Effekt neurotische und psy-

Tabelle 4: Benzodiazepine, Generic, Handelsnamen (Auswahl) und übliche Tagesdosierungen

| Substanzklasse          | Generic              | Handelsnamen (Auswahl) | Dosierung    |
|-------------------------|----------------------|------------------------|--------------|
| Benzodiazepine          | Alprazolam           | Tavil                  | 0.75–1.50 mg |
|                         | Bromazepam           | Lexotanil              | 3–6 mg       |
|                         | Chlordiazepoxid      | Librium                | 5–50 mg      |
|                         | Clobazam             | Frisium                | 20–30 mg     |
|                         | Diazepam             | Valium                 | 2–30 mg      |
|                         | Dikalium-Chlorazepat | Tranxilium             | 10–30 mg     |
|                         | Lorazepam            | Tavor                  | 0.5–5.0 mg   |
|                         | Oxazepam             | Adumbran               | 10–60 mg     |
| Benzodiazepin-Hypnotika | Flunitrazepam        | Rohypnol               | 2 mg         |
|                         | Flurazepam           | Dalmadorm              | 15–30 mg     |
|                         | Lormetazepam         | Noctamid               | 0.5–1.0 mg   |
|                         | Nitrazepam           | Mogadan                | 5 mg         |
|                         | Temazepam            | Planum, Remestan       | 10–20 mg     |
|                         | Triazolam            | Halcion                | 0.25–0.5 mg  |

chosomatische Störungen. In niedriger Dosierung wirken Benzodiazepine beruhigend und affektiv entspannend, so daß sich ihr Einsatz bei neurovegetativen Störungen anbietet. Bei generalisierten Angstsyndromen und anderen angstneurotischen Zustandsbildern sind Benzodiazepine zwar wirksam, hier muß jedoch in besonderer Weise mit Abhängigkeitsentwicklungen gerechnet werden. Dabei konnte in verschiedenen kontrollierten Studien nachgewiesen werden, daß die kombinierte Behandlung mit Benzodiazepinen und psychotherapeutischen Verfahren sowohl der alleinigen Psychopharmakotherapie als auch der alleinigen Psychotherapie bei Angststörungen überlegen ist (vgl. u.a. HORST, 1990; LAUX, 1989). Weitere Indikationen für Benzodiazepine ergeben sich in der Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva bei Depressionen, bei Suizidalität und bei Angstzuständen im Rahmen psychotischer Zustandsbilder. Nach neueren Empfehlungen sollte die Gabe von Benzodiazepinen wegen des hohen Abhängigkeitsrisikos auf den Zeitraum von 14–21 Tagen begrenzt werden, gegebenenfalls ist ein Substanzwechsel vorzunehmen.

*Nebenwirkungen und Komplikationen:* Initial Müdigkeit, Schläfrigkeit, Konzentrationschwäche, Aufmerksamkeitsstörungen und Einschränkung der Fahrtüchtigkeit. Bei höheren Dosierungen dysarthrische Sprache und ataktische Störungen, Muskelschwäche. Bei Überdosierung: Schläfrigkeit und Apathie, anterograde Amnesie, psychomotorische Verlangsamung, Muskelschwäche, Doppelbilder, Dysarthrie, Ataxie, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen. Bei längerfristiger Einnahme kann es zu dysphorischen Verstimmungszuständen, Vergeßlichkeit und Appetitlosigkeit kommen. Bei besonders hohen Dosierungen ist das Auftreten paradoxer Phänomene möglich. Bei plötzlichem Absetzen treten häufig Entzugssymptome auf wie Angst und Unruhe, Schlaflosigkeit, Irritabilität und Dysphorie, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen, Tachykardie und unter Umständen Depersonalisations-/De-realisationsphänomene, Krampfanfälle, delirante Zustandsbilder. Als Komplikationen treten bei zerebraler Arteriosklerose paradoxe Reaktionen auf, es kommt zu einer Potenzie-

rung der Alkoholwirkung. Benzodiazepine weisen ein hohes Abhängigkeitspotential bereits bei niedrigen Dosierungen (sogenannten low-dose-dependency) auf.

*Kontraindikationen:* Myasthenia gravis, akutes Engwinkelglaukom und Benzodiazepin-Überempfindlichkeit. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen.

## 2.5 Andere Psychopharmaka

### 2.5.1 Beta-Rezeptorenblocker

Als Beta-Rezeptorenblocker werden eine Reihe von Substanzen bezeichnet, die als Betasympatholytika ihre Wirkungen im wesentlichen an peripheren und zentralen adrenergen Synapsen entfalten. Für die Psychopharmakotherapie sind in erster Linie lipophile Substanzen mit kurzer Eliminationshalbwertszeit, wie Propanolol (Dociton), von Bedeutung. Mit der Antagonisierung des Sympathikotonus sind im Wirkungsspektrum vor allem anxiolytische und weitere aktivationsvermindernde Effekte verbunden.

### 2.5.2 Barbiturate

Barbiturate wurden bis zur Einführung der Benzodiazepine häufig als Schlafmittel oder wegen ihres sedierenden Effekts eingesetzt. Da sie Benzodiazepinen und ausgewählten Neuroleptika hinsichtlich Nebenwirkungen, therapeutischer Breite und Ausmaß der Vergiftungserscheinungen sowie Mißbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko deutlich unterlegen sind, sind sie heute bei der Behandlung psychosomatischer Störungen entbehrlich.

### 2.5.3 Alkohol- und Aldehydderivate

Vor allem wegen der hypnotischen Wirkung wurden Alkohol- und Aldehydderivate lange Zeit als Schlafmittel eingesetzt. Aus dieser Gruppe kann Chloralhydrat (Chloralhydrat) heute noch als Schlafmedikament eingesetzt werden. Bei einer Wirkungsdauer von etwa fünf Stunden und geringer therapeutischer

Breite besteht hier in erster Linie das Risiko von Nieren- und Leberparenchymschäden, so daß dieses Medikament bei Magen-Darm-Erkrankungen, Leberkrankheiten und Herzinsuffizienz nicht gegeben werden sollte.

#### 2.5.4 Lithium und Carbamazepin

Lithiumsalze werden vor allem in der Behandlung affektiver und schizoaffektiver Psychosen zur Phasenprophylaxe eingesetzt. Sie schwächen die Krankheitsepisoden ab, verfügen damit über eine gesicherte antimanische und eine wahrscheinlich auch antidepressive Wirkung und verlängern die Intervalle zwischen den einzelnen Phasen. Lithiumsalze werden unter entsprechenden Blutspiegelkontrollen langfristig verordnet, die Therapie muß fortlaufend durch eine Reihe von Kontrolluntersuchungen begleitet werden.

Das Iminostilbenderivat Carbamazepin, das als antiepileptisch wirksame Substanz seit vielen Jahren in Gebrauch ist, kann ebenfalls zur Phasenprophylaxe affektiver und schizoaffektiver Psychosen eingesetzt werden. Darüber hinaus hat es sich in der Akutbehandlung manischer Syndrome und der Therapie paroxysmaler Schmerzsyndrome bewährt. Auch Carbamazepin wird langfristig bei entsprechenden Blutspiegelkontrollen und weiteren Routineuntersuchungen eingesetzt.

## 2.6 Psychopharmakologische Therapieansätze bei bestimmten Störungen

### 2.6.1 Psychopharmakotherapie bei Angststörungen

Für die Pharmakotherapie von Angststörungen galten, trotz des erheblichen Abhängigkeitsrisikos, über lange Zeit Benzodiazepine als Mittel der ersten Wahl. Wie in kontrollierten Studien gezeigt werden konnte, weisen vor allem eine Reihe niedrigpotenter Neuroleptika und Antidepressiva ausgezeichnete angstlösende Wirkungen auf, so daß sich diese alternativ einsetzen lassen. Dabei werden in der Literatur allerdings vor allem die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen der Neuroleptika kritisch diskutiert, so daß ihre Indikation bei Angststörungen nachhaltig in Frage gestellt werden muß. Verschiedene Autoren haben sich bemüht, eine Differentialindikation für unterschiedliche Angstsyndrome herauszuarbeiten (vgl. Tab. 5). Danach scheinen Benzodiazepine primär bei symptomatischen und frei flottierenden Ängsten bzw. bei reaktiven Störungen und Panikzuständen angezeigt zu sein. Gerade bei der außerordentlich häufigen Komorbidität mit depressiven Störungen bieten sich trizyklische und andere Antidepressiva an, wobei bei anfallsweise auftretenden Angststörungen (Panikstörungen) und phobischen Zustandsbildern der Effekt von Clomipramin,

Tabelle 5: Psychopharmakologische Therapie bei unterschiedlichen Angstsyndromen (nach PÖLDINGER u. WIDER, 1983; MÖLLER et al., 1989).

| Indikation                       | Benzodiazepine | Antidepressiva<br>Trizyklika | MAO-<br>Hemmer | Beta-<br>blocker |
|----------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|------------------|
| Symptomatische Angst             | x              |                              |                | x                |
| Frei flottierende Angst          | x              |                              |                |                  |
| Angst bei reaktiven<br>Störungen | x              |                              |                |                  |
| Panikzustände                    | x              | x                            | x              | (x)              |
| Agoraphobien                     |                | x                            | x              | (x)              |
| Andere Phobien                   |                | x                            | (x)            |                  |
| Angst-Zwangsphobien              |                | x                            |                |                  |

Imipramin und MAO-Hemmern am besten untersucht wurde (BULLER u. BENKERT, 1990). Clomipramin und Imipramin bieten sich dabei vor allem bei Agoraphobien mit Panikstörungen an (MAIER et al., 1991), während bei der generalisierten Angststörung am ehesten eine medikamentöse Behandlung mit Imipramin empfohlen wird. Bei den verschiedenen Angststörungen liegen noch keine ausreichend empirisch abgesicherten Hinweise zur Dauer der begleitenden psychopharmakologischen Behandlung vor, so daß eine Therapiedauer von zunächst sechs Monaten empfohlen wird (MERRIAM, 1994).

Beta-Rezeptorenblocker haben heute ihre wesentliche Indikation bei situationsspezifischen Ängsten, akuten phobischen Angstzuständen und anfallsweise auftretenden Angststörungen.

#### 2.6.2 *Psychopharmakotherapie von Zwangsstörungen*

Bei der Pharmakotherapie von Zwangsstörungen ist (insbesondere bei Vorliegen einer begleitenden depressiven Symptomatik) nach übereinstimmenden Angaben aus der Literatur (PÖLDINGER u. WIDER, 1983; MERRIAM, 1994) eine Behandlung mit Clomipramin indiziert, das in einer etwas über dem Niveau der Depressionsbehandlung liegenden Dosierung (200–300 mg) verabreicht wird. Auch zur Wirksamkeit von Fluvoxamin liegen Untersuchungen vor (GOODMAN et al., 1990), wobei prinzipiell zu beachten ist, daß der therapeutische Effekt nicht selten erst nach einer Therapiedauer von ein bis drei Monaten einsetzt. Da bei abruptem Absetzen der entsprechenden Substanzen hohe Rückfallquoten auch in Verbindung mit verhaltenstherapeutischen Programmen gefunden wurden, sollte eine Dosisreduktion nur langsam erfolgen (FONTAINE u. CHOUINARD, 1989) und die pharmakologische Behandlung über einen Zeitraum von 15 bis 18 Monaten erfolgen. Eine Kombination mit niedrigpotenten Neuroleptika oder Benzodiazepinen scheint ebenso fragwürdig zu sein wie eine alleinige neuroleptische Therapie.

#### 2.6.3 *Psychopharmakotherapie von Schmerzstörungen*

Bei der Psychopharmakotherapie von Schmerzstörungen sind drei wesentliche Faktoren für eine differentielle Indikation bedeutsam: die direkt analgetische Wirkung (1) bzw. der Analgetika potenzierende und damit Analgetika sparende Effekt der Antidepressiva und Neuroleptika (2) sowie die bei Schmerzstörungen hohe Komorbidität mit depressiven Syndromen (3). Der Ätiologie der Schmerzstörungen kommt keine Bedeutung im Hinblick auf die Indikation zu, durch die Gabe von Antidepressiva kann zudem eine Opiatanwendung hinausgezögert werden. In der klinischen Praxis werden daher nicht selten vor allem trizyklische Antidepressiva und Neuroleptika kombiniert eingesetzt. Dabei werden vor allem Amitriptylin, Clomipramin, Imipramin, Doxepin und Maprotilin als antidepressive und Haloperidol, Levopromazin, Chlorprothixen und Thioridazin als neuroleptische Komponente präferiert. Von der Gabe von Benzodiazepinen wird wegen des bestehenden Abhängigkeitsrisikos angesichts der häufig langfristig erfolgenden Gabe abgeraten. Eine Therapie mit Carbamazepin kann vor allem bei paroxysmalen Schmerzstörungen erwogen werden.

#### 2.6.4 *Psychopharmakotherapie von Eßstörungen*

Die psychopharmakologische Therapie der Anorexie wurde bislang noch nicht ausreichend untersucht, um bereits eindeutige therapeutische Empfehlungen abgeben zu können. Die bisherigen Untersuchungen scheinen aber eine in den Dosierungsrichtlinien an der Depressionsbehandlung orientierten Therapie mit Antidepressiva (vgl. JOHNSON et al., 1983; NUTZINGER et al., 1991; TRYGSTAD, 1990) zu rechtfertigen, vor allem bei gleichzeitigem Vorliegen depressiver Syndrome. Demgegenüber wurde ein positiver Therapieeffekt durch trizyklische Antidepressiva und MAO-Hemmer bei Bulimien nachgewiesen (SZMUKLER, 1993), so daß eine die psychotherapeutische Behandlung begleitende antidepressive Behandlung mit mehrmonatiger Dauer empfohlen werden kann.

### 2.6.5 Psychopharmakotherapie funktioneller und somatoformer Störungen

Funktionelle Störungen und somatoforme Störungen sollten nach übereinstimmenden Empfehlungen in Abhängigkeit von der Symptomatik primär psychopharmakologisch mit Antidepressiva behandelt werden. Die Gabe von Benzodiazepinen ist wegen des Abhängigkeitsrisikos, die Gabe von Neuroleptika wegen des Risikos von Spätdyskinesien vor allem bei mittel- oder langfristiger Gabe kritisch zu sehen.

### 2.6.6 Psychopharmakotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Obwohl die Ergebnisse empirischer Studien zur psychopharmakologischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen bisher keine eindeutigen Indikationsstellungen gestatten (STEIN, 1994), Pharmaka in der klinischen Behandlung aber breit eingesetzt werden, sollen einige Aspekte hier erwähnt werden. Entsprechend der Zielsymptomatik wurden etwa bei Persönlichkeitsstörungen verschiedene Neuroleptika zur Therapie psychosenaher Symptome, von Impulskontrollstörungen und Suizidalität eingesetzt bzw. Antidepressiva zur Behandlung innerer Leere, dysphorischer und ängstlicher Gefühlsqualitäten. Lithium und Carbamazepin wurde in verschiedenen Untersuchungen eine anti-aggressive Wirkung nachgesagt und zudem berichtet, daß sich mit diesen Substanzen die Verhaltensinstabilität verbessern lasse.

### 2.7 Psychopharmakotherapie in Akut- und Notfallsituationen

Bei psychomotorischen Erregungszuständen haben sich vor allem initial stark dämpfende Neuroleptika und hier in erster Linie Levopromazin als wirksam erwiesen (Tab. 6). Unter Beachtung der Risiken und Kontraindikationen sollte Levopromazin dabei initial intramuskulär in einer Dosierung zwischen 25 bis 50 mg verabreicht werden; innerhalb von 24 Stunden ist eine Dosis von 200 mg nicht zu überschreiten. Bei nur geringer Wirkung auf das kardiovaskuläre System läßt sich Haloperidol (initial 5–10 mg intravenös, Maximaldosis in 24 Stunden 50 mg intravenös) vor allem bei Patienten mit bestimmten Risikofaktoren (Intoxikationen, geriatrische Patienten u. a.) einsetzen. Diazepam sollte bei Erregungszuständen mit deutlich ängstlicher Färbung in einer oralen Dosierung von initial 10 mg (Maximaldosis bei oraler Gabe 60–80 mg in 24 Stunden) gegeben werden. Eine intravenöse Applikation ist wegen der atemdepressiven Wirkung oft risikoträchtig. Hochgradig suizidale Patienten sollten unverzüglich und schnell mit stark dämpfenden Substanzen behandelt werden. Diazepam und Levopromazin gelten hier allgemein als Mittel der ersten Wahl. Bei leichteren suizidalen Krisen kann, abhängig von der Grunderkrankung und dem Schweregrad, eine eher sedierend-antidepressive (Amitriptylin, Doxepin oder Mianserin), neuroleptische oder mit Benzodiazepinen erfolgende Behandlung indiziert sein. Schlafstörungen und insbesondere Durchschlafstörungen sollten bei suizidalen Patienten konsequent pharmakologisch behandelt werden.

Tabelle 6: Psychopharmakotherapie von Akut- und Notfallsituationen.

| Störung  | Behandlung                |
|--|---------------------------|
| psychomotorische Erregungszustände unterschiedlicher Genese  | Levopromazin, Haloperidol |
| psychogene Erregungszustände (einschl. Panikattacken)        | Diazepam                  |
| akute Intoxikationen nach Alkohol oder psychotropen Pharmaka | Haloperidol               |
| suizidale Krisen   | Diazepam, Levopromazin    |

## Literatur

- BENKERT O, HIPPIUS H: Psychiatrische Pharmakotherapie. Unter Mitarb. von WETZEL H und GRÜNDER G. Springer, Berlin/Heidelberg 1992
- BULLER R, BENKERT O: Panikattacken und Panikstörung – Diagnose, Validierung und Therapie. *Nervenarzt* 61, 647–657, 1990
- COVI L, LIPMAN RS, DEROGATIS LR, SMITH JE, PATTISON JH: Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *Am J Psychiatry* 131, 191–198, 1974
- DILLING H, REIMER C: Psychiatrie. Springer, Berlin/Heidelberg 1990
- FINZEN A: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1991
- FONTAINE R, CHOUINARD G: Fluoxetine in the long-term maintenance treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals* 19, 88–91, 1989
- FREEDMAN AM: Psychopharmacology and psychotherapy in the treatment of anxiety. *Pharmacopsychiatry* 13, 277–289, 1980
- GOODMAN WK, PRISE LH, DELGADO PL, PALUMBO J, KRYSTAL JH, NAGY LM, RASMUSSEN SA, HENNINGER GR, CHARNEY DS: Specificity of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 47, 577–585, 1990
- HORST WD: New horizons in the psychopharmacology of anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Annals* 20, 634–639, 1990
- HOWLAND RH: Pharmacotherapy of dysthymia – a review. *J Clin Psychopharmacol* 11, 83–92, 1991
- JOHNSON C, STUCKEY M, MITCHELL J: Psychopharmacological treatment of anorexia nervosa and bulimia. *J Nerv Ment Dis* 171, 524–534, 1983
- KAHN RJ, MCNAIR DM, LIPMAN RS, COVI L, RICKELS K, DOWNING R, FISHER S, FRANCKENTHALER LM: Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 43, 79–85, 1987
- KIELHOLZ P: Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker. Lehmann, München 1971
- KLERMAN GL, DIMASCIO A, WEISSMAN M, PRUSOFF B, PAYKEL ES: Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 131, 186–191, 1974
- LAUX G: Tranquilizer. Möglichkeiten – Grenzen – Gefahren. Hippokrates, Stuttgart 1989
- LEHMANN E: Neuroleptanxiolyse: Neuroleptika in Tranquilizerindikation. In PICHOT P, MÖLLER HJ (Hrsg) Neuroleptika – Rückschau 1952–1986. Künftige Entwicklungen. Möglichkeiten und Probleme der Neuroleptikatherapie, S.212–224. Springer, Berlin/Heidelberg 1987
- MAIER W, ROTH M, BULLER R, ARGYLE M, ROSENBERG R, BRANDON S, BENKERT O: Agoraphobie in panic disorder: An indicator of the severity of panic disorder or a distinct diagnostic entity? *Psychiatric Annals* 21, 374–381, 1991
- MERRIAM AE: Biological treatment of neuroses. *Current Opinion In Psychiatry* 7, 154–159, 1994
- MÖLLER HJ, KISSLING W, STOLL KD, WENDT G: Psychopharmakotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin 1989
- NUTZINGER DO, DEZWAAN M, SCHONBECK G: Serotonin und Eßstörungen. *Nervenarzt* 62, 198–201, 1991
- PAAR GH: Psychopharmaka in der Psychosomatischen Medizin und in der Allgemeinmedizin. In UEXKÜLL TH. v. (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, S.362–381. Urban & Schwarzenberg, München/Wien 1990
- PRUSOFF BA, WEISSMAN M, KLERMAN GL, ROUNSAVILLE BJ: Research diagnostic criteria. Subtypes of depression. *Arch Gen Psychiatry* 37, 796–801, 1980
- ROBINSON LA, BERMAN JS, NEIMEYER RA: Psychotherapy for the treatment of depression – a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 108, 30–49, 1990
- STEIN G: Physical treatment of the personality disorders. *Current Opinion on Psychiatry* 7, 129–136, 1994
- STOKES PE: The changing horizon in the treatment of depression – scientific/clinical publication overview. *J Clin Psychiatry* 52, 35–43, 1991
- SZMUKLER G: Eating disorders. *Current Opinion on Psychiatry* 6, 195–200, 1993
- TRYGSTAD O: Drugs in the treatment of Bulimia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 82(suppl 361), 34–37, 1991

# A. Herz- und Kreislauftörungen

## A.1 Herzneurose

FRIEDRICH-WILHELM DENEKE

### 1. Diagnose

Unter den Patienten mit kardiovaskulären Beschwerden bilden jene Patienten, die in die diagnostische Kategorie «Herzneurose» fallen, die für den Psychosomatiker wohl wichtigste klinische Untergruppe. In der Literatur finden sich für die Krankheitsbezeichnung «Herzneurose» verschiedene Synonyma, so z. B.: Effort-Synndrome, neurozirkulatorische Asthenie, Neurasthenie, vasomotorische Neurose, Herzphobie, Herzangstneurose, Herztod-Hypochondrie. In der ICD-10 ist sie unter «Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems» einzuordnen.

Bei vielen Patienten mit funktionellen und/oder neurotischen Störungen, wie z. B. einer neurotischen Depression, finden sich im komplexen Symptombild auch kardiovaskuläre Beschwerden, die aber dann – wenn sie nicht zum Leitsymptom werden – die Diagnose einer Herzneurose noch nicht rechtfertigen, bestenfalls Verdachtsmomente für das Vorliegen einer solchen Störung liefern. Die Diagnose «Herzneurose» kann erst gestellt werden, wenn die folgenden Bedingungen zusammenkommen:

- Die Patienten sind herzgesund.
- Nichtsdestoweniger klagen sie über eine Vielfalt kardiovaskulärer Beschwerden:

Schmerzen über dem Herzen, Extrasystolen, paroxysmale Tachykardien, mitunter Ausstrahlung der Schmerzen in den linken Arm, Enge in der Brust, Schweißausbrüche, Schwindel, Gesichtsröte. Es finden sich Blutdruckanstiege bis 200/100 mmHg. Eventuell atmen die Patienten tief und forciert, d. h., sie können begleitend zu einem «Herzanfall» eine Hyperventilationstetanie ausbilden.

- Ganz im Vordergrund ihres Erlebens steht nun aber eine phobische Aufmerksamkeits-Fokussierung auf das Herzgeschehen, einer im «Herzanfall» unter Umständen quälenden Angst, am Herzen sterben zu müssen («das Herz setzt aus», «das Herz bleibt stehen», «ich kriege einen Herzinfarkt»).

Diese Herztodangst bildet also das Leitsymptom. Die Intensität dieser Angst kann allerdings unterschiedlich sein; sie reicht von Panikzuständen bis zu relativ milden hypochondrischen Sorgen um das Herz bzw. dessen Gesundheit.

Der Vorschlag von A.-E. MEYER, die Herzneurose präziser als «Herztod-Hypochondrie» zu bezeichnen, hat sich bis jetzt nicht durchgesetzt.

## 2. Epidemiologie

Die Angaben zur Häufigkeit, die sich allerdings überwiegend auf kardiovaskuläre Störungen beziehen, schwanken in der Literatur. SCHONECKE u. HERRMANN (1990) fanden in ihrer Literaturübersicht – bezogen auf die Häufigkeit dieser Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Prozentangaben zwischen 2 und 12 Prozent. Es sind neben Unterschieden in der Stichprobenerhebung vor allem nichtdientische Krankheitsdefinitionen, die diese Schwankungsbreite erklären. Nach KLUSMANN (1992) entfallen auf die Herzneurose acht Prozent aller in psychosomatischen Kliniken gestellten Diagnosen. Herzneurotiker sind jüngeren Alters; das Häufigkeitsmaximum liegt in der Altersspanne von 20 bis 40 Jahren. Danach fällt der Verteilungsgipfel deutlich ab. Im Unterschied zur sonstigen Geschlechtsverteilung bei funktionellen Störungen (Frauen überwiegen in der Regel zahlenmäßig-prozentual) sind in der Gruppe der Patienten mit Herz-Kreislauf-Störungen die männlichen Patienten tendenziell überrepräsentiert (vgl. SCHONECKE u. HERRMANN, 1990).

## 3. Testpsychologische Befunde

RICHTER und BECKMANN (1973) konnten mit Hilfe des MMPI zwei Persönlichkeitstypen (A und B) unterscheiden. 84 Prozent ihrer Herzneurotiker ließen sich einem dieser beiden Typen zuordnen: 48 Prozent waren A-Typen, 36 Prozent B-Typen.

A-Typen charakterisieren sich dadurch, daß sie ihre Ängste ungeschützt erleben und ausdrücken. Sie neigen deutlich zu hilflos-anklammerndem Verhalten, so gegenüber wichtigen Bezugspersonen, also auch Ärzten.

B-Typen dagegen versuchen, ihre Ängste und Unsicherheiten zu verleugnen, aktiv, häufig geradezu kontraprophisch zu bewältigen. Sie suchen ihre erhöhte Angstbereitschaft dadurch zu kompensieren, daß sie sich immer neu bewähren müssen – in Sport, Spiel oder im beruflichen Konkurrenzkampf.

Schon diese kurzen Hinweise genügen, um verständlich zu machen, daß in der A/B-Typo-

logie zwei Grundformen der Angstbewältigung beschrieben werden. Diese Grundformen sind aber nun keinesfalls herzneurosespezifisch. Sie finden sich auch bei anderen neurotischen oder psychosomatischen Störungen.

Unabhängig von der theoretischen Position der jeweiligen Untersucher wird die enge Beziehung der Herzneurose zur Angstneurose und die hervorragende Bedeutung betont, die der Angst und deren Bewältigung zukommt.

## 4. Psychophysiologische Selbstverstärkung der Angst

Bei der Herzneurose läßt sich nun sehr häufig ein spezieller psychophysiologischer, sich selbst verstärkender Kreisprozeß beobachten, der sich folgendermaßen aufbaut: Die Patienten bemerken Herzsensationen (Extrasystolen, Tachykardien, Schmerzen) mit oder ohne anfängliche Begleitangst; diese Körpersymptome werden nun kognitiv-emotional als bedrohlich interpretiert, z. B. in dem Sinne: ein Herzinfarkt droht; diese Bewertung induziert nun wiederum Angst oder verstärkt diese; die Angst wiederum verstärkt die Körpersymptome usw.. Dieser Selbstverstärkungsmechanismus sollte einem Patienten schon frühzeitig verdeutlicht werden – möglichst schon unmittelbar, nachdem die Diagnose «Herzneurose» gestellt wurde.

## 5. Gefahr iatrogenen Fixierung

Herzneurotiker suchen in ihrer Angstnot häufig notfallmäßig – wenn sie keinen Hausarzt haben oder dieser nicht erreichbar ist – andere, ihnen fremde Ärzte oder Krankenhäuser auf. In der Krankheitsgeschichte solcher Herzneurotiker tauchen nun nahezu regelmäßig Kolleginnen oder Kollegen auf, die mit diesem Krankheitsbild offenbar nicht vertraut sind und in ihrer Hilflosigkeit gegenüber dem Patienten von einer möglichen organischen Verursachung der Beschwerden des Patienten sprechen. Mögen nun auch nachfolgende Kontrolluntersuchungen eindeutig zeigen, daß die Patienten herzgesund sind, und mag diese Mit-



teilung vorübergehend zumindest beruhigend wirken, belebt sich doch in der Regel die Angst des Patienten allmählich wieder, und es tauchen in ihm quälende Überlegungen auf: Der Krankenhausarzt, bei dem ich neulich nachts war, hatte doch in meinem EKG etwas gefunden?! Haben sich nicht vielleicht doch alle Ärzte geirrt, die meinen, ich hätte nichts am Herzen?! Kurz: In der Krankheitsgeschichte vieler Herzneurotiker ist nachweisbar, daß sie unüberlegter- und unverantwortlicher Weise iatrogen auf ihr Herz und damit eine rein organische Krankheitsursache fixiert worden sind. Dieser Gefahr kann man sich als behandelnder Arzt gar nicht nachhaltig genug bewußt sein.

## 6. Psychogenese und Psychodynamik

Gibt es das eine psychogenetisch-psychodynamische Muster, das für alle Herzneurotiker übergreifend gültig ist? Eindeutig und entschieden: Nein, dieses Muster gibt es nicht, kann es auch gar nicht geben, wenn man sich die Komplexität eines jeden psychosomatischen und/oder psychoneurotischen Krankheitsgeschehens bewußt macht.

Was wir bestenfalls finden können, sind Untergruppen herzneurotischer Patienten, die einander hinsichtlich bestimmter krankheitsgeschichtlich relevanter Merkmale ähnlich sind.

Den am differenziertesten ausgearbeiteten Entwurf zu einem dynamisch-strukturellen Verständnis der Herzneurose haben RICHTER und BECKMANN (1973) vorgelegt. Sie betonen die tiefe Selbstunsicherheit der Herzneurotiker und sehen hierin deren Strukturähnlichkeit zu depressiven Patienten. Diese tiefe Selbstunsicherheit können wir aufgrund eigener Untersuchungsbefunde und klinischer Erfahrungen nur bestätigen – wobei allerdings nachdrücklich darauf hingewiesen werden muß, daß sie natürlich kein Spezifikum für Herzneurotiker ist (sich vielmehr auch im Rahmen vieler anderer Störungen findet). In der Regel finden sich deutliche Hinweise auf Störungen der frühen Beziehung zur Mutter bzw. im weiteren zum Vater. Die Patienten

sind nicht durch solche Beziehungen zu ihren Eltern abgesichert, die es ihnen ermöglicht hätten, sich zu einer persönlichen Autonomie mit einem stabilen Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten und den Wert der eigenen Person zu entwickeln. Die Beziehungsmuster allerdings, die eine solche Entwicklung behindern, sind keinesfalls einheitlich. Verwiesen wird hier nur auf die folgenden, häufiger zu beobachtenden frühen Beziehungskonstellationen:

- Manche Patienten sind von beiden Eltern teilen emotional grob vernachlässigt, ausgebeutet, mißachtet, also nicht geliebt worden.
- Andere sind bis in die Gegenwart unaufgelöst an einen sehr idealisierten Elternteil gebunden.
- Häufig beobachtbar ist ein Beziehungsmuster der folgenden Art: Die Patienten hatten eine übermächtig starke, dabei aber emotional distanziert-kalte Mutter, bei einem Vater, der sich gegen diese Mutter niemals wirkungsvoll durchsetzen konnte, also als schwach erlebt wurde oder überhaupt (infolge frühen Todes oder Trennung) fehlte. Damit war der Vater als Beziehungsobjekt, das die Defizite der Mutter hätte kompensieren können, und – was speziell für Jungen gilt – als männliches Identifikationsobjekt ausgefallen.
- Wieder andere Patienten haben ihren Vater als äußerst aggressiv-bedrohlich erlebt, was zur Folge hatte, daß sie immer wieder die beschützende Nähe einer stark bindenden Mutter gesucht haben.
- Auf ein weiteres Beziehungsmuster (die Kinder als narzißtisch besetzte Objekte ihrer Eltern) wird im späteren Zusammenhang eingegangen.

Grundsätzlich gilt nun, daß die Autonomie-Entwicklung sowohl durch emotionale Vernachlässigung als auch Überfürsorge nachhaltig behindert werden kann. Dies hat zur Folge, daß die Patienten unbewußt auf die Realpräsenz beschützender, stützender, Sicherheit vermittelnder Beziehungsobjekte angewiesen sind. Dieser zentrale Komplex aus tiefem Selbstzweifel, Abhängigkeit und demzufolge erhöhter Angstbereitschaft wird nun auf verschiedene Weise zu bewältigen versucht.

Es werden drei Bewältigungsmodi als klinisch besonders relevant herausgestellt. Diese Bewältigungsmodi sind im übrigen im Einzelfall nicht unabhängig voneinander, vielmehr kann innerhalb des Krankheitsprozesses der eine Modus in den anderen umschlagen oder aus der Latenz (sprich: Abwehr) auftauchen.

**Erster Bewältigungsmodus:** Die Patienten sind mehr oder weniger offen abhängig, in ihrem Verhalten anklammernd. Sie versuchen, ihr inneres Gefühl von Leere und Unwert in Partnerbeziehungen zu kompensieren. Diese Bemühungen sind aber immer nur passager erfolgreich, weil die Partner überfordert werden oder in ihren eigenen Anlehnungsbedürfnissen zu kurz kommen. Tatsächlich sind die Beziehungen zu der Zeit, da sich die Herzneurose ausbildet, bereits höchst instabil geworden: Entweder wird die Verbindung nur noch über Anklage und Gegenanklage oder aus Angst vor dem Alleinsein aufrechterhalten. Die Herzneurose beginnt also, wenn das instabile Beziehungssystem endgültig zu zerfallen droht.

Ein Beispiel: Der Vater des knapp 30jährigen Patienten war gestorben, als der Patient selbst 2 1/2 Jahre alt war. Ein 17 Jahre älterer Bruder hatte seither die Vaterrolle in der Familie übernommen. Diese Aufgabe überforderte ihn aber ganz offensichtlich. So finden sich viele Hinweise in der Biographie des Patienten, daß der Bruder sich selbst auf Kosten des Kleinen stabilisierte. Er dominierte den Patienten rücksichtslos und entwertete ihn bei vielen Gelegenheiten. Der Patient hatte nach dem Tod des Vaters massiv zu stottern angefangen. Eine Szene – der Patient war etwa 10 Jahre alt – mag verdeutlichen, wie erschreckend uneinfühlsam er behandelt wurde. Als er in der Familienrunde etwas sagen wollte und dabei stotternd ein Wort falsch aussprach, brach die Familie in brüllendes Gelächter aus. Er ist dann wütend und verzweifelt aus dem Zimmer gerannt und hat sich hilflos weinend verkrochen. Nach einer gewissen Zeit kam die Mutter nach und wußte nichts Besseres zu sagen, als daß er sich «gefälligst nicht so anstellen» solle. So hat er also schon früh das Selbstbild des unfähigen, behinderten, ohnmächtig wütenden «kleinen Jochen» entwickelt, der ein «ganzer Kerl» werden wollte und es nie schaffte. Aus verschiedenen Tätigkeiten – Ausbildung zum Brandmeister bei der Feuerwehr, späterer Arbeit als Rettungssanitäter – ist er immer wieder mit herzneurotischer Symptomatik ausgeschieden. Seine Ehefrau hat ihn schließlich zunehmend unverhohlener und rücksichtsloser mit kalter Verachtung verfolgt. In seiner Not suchte er mit-

unter Tag für Tag und häufig mehrmals täglich Krankenhäuser auf. Bald war er in allen Häusern bekannt, wurde nicht mehr untersucht, wenn überhaupt, versuchte man nur noch, ihn verbal zu beruhigen. Hier zeigte sich nun ein bemerkenswertes Phänomen: Wenn Ärztinnen mit ihm sprachen, half das überhaupt nichts, und er ging ins nächste Krankenhaus; wenn sich dagegen Ärzte für ihn Zeit nahmen, wurde er kurzfristig ruhig und angstfrei. Hier wird die verzweifelte Suche des Patienten nach einem stützenden, stärkenden väterlichen Objekt unmittelbar deutlich.

**Zweiter Bewältigungsmodus:** Es gibt Herzneurotiker, die ihre latente Abhängigkeitsproblematik durch ein forciertes Autonomie-Streben, durch ausgeprägtes Leistungsverhalten und demonstrative Pseudounabhängigkeit überkompensieren. Bricht diese Abwehr zusammen, werden die Patienten häufig in einer sie selbst und ihre Angehörigen erschreckenden Weise abhängig und anklammernd, d. h., die latente, bislang erfolgreich kompensierte, sehr viel brüchigere Form der Selbstorganisation dieser Patienten tritt mit Beginn der Herzneurose unverhohlen hervor.

**Dritter Bewältigungsmodus:** überwiegend bei Männern zu finden (DENEKE et al., 1984).

Alle Patienten, die diesen Kompensationsmechanismus einsetzen, sind einander in einem zentral stehenden, psychopathogenetisch relevanten Leitthema ähnlich: Sie sind in der Regulation ihres Selbstwertgefühls hochgradig störanfällig bzw. gefährdet. Die lebensgeschichtlichen Bedingungen, die diese Störanfälligkeit bzw. -gefährdung entstehen lassen, sind zwar von Patient zu Patient unterschiedlich, es lassen sich aber die folgenden zwei Schwerpunkte erkennen, denen eine besondere pathogenetische Bedeutung zukommt:

1. Die Patienten waren mehrheitlich schon in ihrer Primärfamilie Träger hoher Erwartungen, die ihre Eltern bzw. deren Ersatzpersonen auf sie richteten. Sie standen schon früh in einer erkennbaren Funktion für ihre Eltern, um deren Selbstzweifel, Unwertgefühle oder Enttäuschungen, auch am ehelichen Partner zum Beispiel, auszugleichen. Für diese Sonderrolle waren sie prädestiniert, weil sie schon früh gewisse Begabungen haben erkennen lassen, auf die die Eltern mit hohen Erwartungen an ihre Kinder reagier-

ten. Diese früh vermittelten hohen Erwartungen, die die Patienten internalisierten, und das Selbsterleben, etwas «Besonderes» zu sein, haben sie schon früh Angst vor Leistungsversagen erleben lassen: Sie mußten der Rolle entsprechen, denn bei Leistungsversagen drohte der Entzug von Gratifikationen und Zuwendung, damit das Erleben von Hilflosigkeit, Verlassenheit, Beschämung, Verachtung und Selbstverachtung.

2. Aber auch diese Patienten waren nicht durch solche Beziehungen zu ihren Eltern abgesichert, die es ihnen ermöglicht hätten, ein stabiles Vertrauen auf ihre eigenen Fähigkeiten zu entwickeln. Neben dem enorm hohen Bewährungsdruck waren noch weitere der oben bereits erwähnten Beziehungsmuster beobachtbar, die die Entwicklung eines stabilen Selbstvertrauens behinderten.

Im Ergebnis entwickelten die Patienten einen tiefen Selbstzweifel, ob sie in der Lage sein würden, den auf sie gerichteten und in ihrem Selbstkonzept verankerten Erwartungen gerecht werden zu können. Die Diskrepanz zwischen persönlichem Anspruch und tatsächlichem eigenen Vermögen versuchten sie mit inneren Vorstellungsbildern und Phantasien von ihrer Großartigkeit, Allmacht und Überlegenheit zu überbrücken. Und dieser Kompensationsmechanismus war über lange Zeit erfolgreich: Die Patienten waren in der Regel – dank ihrer Begabungen – in ihrer schulischen und anfänglich auch beruflichen Karriere erfolgreich, wodurch sich dieser Kompensationsmechanismus selbst verstärkte. Aber: Der tiefe Selbstzweifel war eben nur mehr oder weniger kompensiert, er war nicht getilgt. Eine relative Stabilität ihres Selbstwertgefühls war nur so lange gewährleistet, als sich die Patienten durchgehend als erfolgreich erleben konnten. Ihre Selbstwertregulation funktionierte nach einem Alles- oder Nichts-Gesetz: großartig oder ein «Nichts» sein. Das heißt, sie hatten keine Funktionen entwickelt, die ihnen halfen, mit Belastungen, die notwendigerweise immer die Gefahr von Leistungsversagen und persönlicher Kränkung mit sich bringen, flexibel und realitätsangepaßt umzugehen.

In diesem Zusammenhang wird verständlich, daß der Berufssektor unter zwei sich ergänzenden Aspekten eine besondere Bedeutung erlangte. Er ist der Lebensraum, in dem die Patienten Funktionen entwickeln, fördern und unter Beweis stellen konnten, die potentiell hilfreich sind, um ihren zentralen Selbstwertdefekt zu kompensieren bzw. ein positives Selbstwertgefühl zu erwerben. Das subjektive Erleben der Arbeitssituation verdeutlichte die hohen Erwartungen der Patienten an ihre berufliche Leistung. Damit korrespondierte aber unmittelbar, daß der Berufssektor zugleich auch besondere Gefährdungen bereitstellte. Denn die latente Angst der Patienten, irgendwann einmal den Leistungsanforderungen nicht mehr gerecht werden zu können, wurde dadurch verstärkt, daß sie in ihren konkreten Arbeitstätigkeiten überwiegend starken Belastungen ausgesetzt waren. Die Patienten reagierten interindividuell unterschiedlich, um die Bedrohung ihres Selbstwertes zu bannen: verstärkte Leistungsanstrengungen, Verleugnung der Diskrepanz zwischen innerem Anspruch und äußerer beruflicher Realität oder – schon vor der Ausbildung der Herzneurose – wiederholter passagerer Rückzug in die Krankenrolle unter zunächst anderem Beschwerdebild, wobei eine Schwindelsymptomatik oder unspezifische Oberbauchbeschwerden wiederholt beobachtbar waren.

Eine besondere Schutzfunktion kam dabei den Gegenwartsfamilien (insbesondere den Ehefrauen) zu. Das Klima in den Familien dieser Patienten war mehrheitlich durch eine stark zur Schau getragene und vor allem von den Patienten beschworene Eintracht bestimmt. Es entstand der Eindruck eines Nestes, in dem man eng beieinander sitzt, die Einzelpersonen wenig voneinander differenziert waren und alle wechselseitig stark aneinander Anteil nahmen. Die Patienten hatten befriedigende, stützende, sehr fürsorgliche Partnerinnen gefunden, die ihnen die Hauptrolle des Pflegebedürftigen und Kranken überließen, obwohl sie zum Teil selbst psychosomatische Symptome hatten. Ambivalenzen in der Partnerbeziehung waren kaum spürbar. Die Ehefrauen tolerierten auch das egozentrische, «narzißtische» Gebaren ihrer

Ehemänner widerspruchslos. Die Kinder lieferten ihren Beitrag, um die familiäre Eintracht zu erhalten: Sie überspielten Konfliktpunkte, nahmen sorgenvoll an der Krankheit der Patienten teil, oder – und dies galt speziell für die Söhne – sie wurden selbst wiederum zu Trägern von Größenvorstellungen ihrer Väter.

Wir haben drei zentrale Bewältigungsmodi diskutiert: Die Anklammerung an ein Objekt, die Pseudounabhängigkeit und zuletzt den narzißtischen Regulationsmodus, der Größenselbstvorstellungen zur Selbstwertstabilisierung benutzt. Die Dekompensation in die Herzneurose wird nun nur verständlich vor dem Hintergrund der latenten Angst davor, daß diese Bewältigungsmodi versagen. Jedem Bewältigungsmodus lassen sich spezifische Ängste zuordnen:

1. Der reale oder phantasierte Objektverlust,
2. das Versagen der die Pseudoautonomie tragenden und sichernden Hyperaktivitäten und
3. der Zusammenbruch der Größenselbstvorstellungen.

Die Patienten sind nun unfähig, diese zentralen Gefährdungen als seelisches Problem zu erleben und damit zu bearbeiten. Die seelische Gefährdung wird statt dessen ins körperliche Erleben verschoben, und die drohende Gefahr eines Zusammenbruches wird körper-sprachlich-symbolisch ausgedrückt: als Angst vor dem Versagen der Herzfunktion.

Wird nun in einer Belastungssituation die latente Angst manifest, erleben die Patienten mit der Ausbildung der Herzneurose nicht frei flottierende, diffus-unbestimmte, sich zeitlich unendlich erstreckende Ängste, vielmehr ist ihr Angsterleben schon eingegrenzt und zugleich konkretisiert – eben als Herztodangst. Mit dieser Eingrenzung und Konkretisierung ist schon eine gewisse Angstbewältigung erreicht. Von diesem Zeitpunkt an ist in der Phantasie der Patienten eine wirkungsvolle Hilfe möglich – Hilfe nämlich durch allmächtig und allwissend phantasierte Ärzte, also Objekte, die die Patienten mit Qualitäten ausstatten, die ihnen ihre primären Objekte niemals zuverlässig und überdauernd hatten zur Verfügung stellen können. Im Falle des nar-

zißtischen Herzneurotiker-Typus tritt mit der Ausbildung der Erkrankung ein besonderer narzißtischer Krankheitsgewinn deutlich in den Vordergrund: Objektal-distanzierend werden der Körper und dessen eingeschränkte Funktionstüchtigkeit benutzt, um persönliches Versagen zu entschuldigen (wenn gesund, würde ich alles schaffen) und die Realisierung massiver Selbstwerteinbrüche abzuwenden. Das Größenselbst wird gerettet, indem die Versagensangst abgespalten und an die Repräsentanz eines Teils des Körperselbst gekoppelt wird.

Zusammenfassend und verdichtend: Die Herzneurose ist als eine spezifische Form der Verarbeitung einer Angstneurose zu verstehen.

## 7. Symptomwahl

Warum aber, müssen wir uns fragen, wird die Angst nun gerade an das Herz bzw. dessen Funktionen gekoppelt?

Folgende Erklärungskonzepte, einzeln oder kombiniert, lassen sich heranziehen:

1. Die Annahme einer individualspezifischen, psychophysiologischen Reaktionsdisposition (FREUD sprach vom «somatischen Entgegenkommen»), die den einen in einer Belastungssituation primär mit einer Erhöhung der Magen/Darm-Motilität, den anderen dagegen dominierend kardiovaskulär (mit Tachykardien, Extrasystolen usw.) reagieren läßt (vgl. SCHONECKE u. HERRMANN, 1990).
2. Viele Herzneurotiker berichten von spezifischen Auslösesituationen: So wurden sie z. B. im zeitlichen Vorfeld ihres ersten herz-neurotischen Anfalls Zeuge der Herzattacke eines anderen, oder sie erhielten Nachricht vom plötzlichen Herztod eines Bekannten oder einer bekannten Person der Öffentlichkeit. Diese Vorkommnisse übernehmen eine Art Triggerfunktion für das Umschlagen einer latenten in eine manifeste Angst und deren augenblickliche Bindung.
3. Solche Ereignisse erhalten nun natürlich ein besonderes – weil vielfältige Identifikationsprozesse induzierendes – psychodyna-

misches Gewicht, wenn ein lebensgeschichtlich wichtiges Beziehungsobjekt selbst am Herzen erkrankt oder verstorben ist oder zu herzneurotischem Agieren neigte.

Dies war z. B. bei dem oben erwähnten Patienten (der «kleine Jochen») der Fall. Der Vater des Patienten war akut an der Ruptur eines Herzwandaneurysmas verstorben. Er hatte den Patienten auf dem Arm gehabt und ihn dann zusammenbrechend teilweise noch unter sich begraben. Der Patient meinte, sich noch dunkel daran erinnern zu können, daß Feuerwehrleute in der Wohnung waren, die den Vater zu retten versuchten. Es liegt nun sehr nahe zu vermuten, daß die eigenen Berufspläne des Patienten (Rettungssanitäter, Feuerwehrmann) das unbewußte Motiv hatten, den tragischen frühen Verlust des Vaters und die besondere Dramatik der Todesumstände ungeschehen zu machen. Später hat die Mutter des Patienten in Auseinandersetzungen mit dem älteren Bruder wiederholt ganz offensichtlich herzneurotisch reagiert. Wenn sie nicht weiter wußte, hat sie sich auf die Brust geklopft, laut «mein Herz, mein Herz» geschrien und die Auseinandersetzung schlußendlich mit dem Eintreffen eines zu Hilfe gerufenen Notarztes beendet.

## 8. Psychotherapie, ärztliche Betreuung

Es gibt kein allgemein gültiges, verschiedene Psychotherapieschulen übergreifendes Regelsystem, nach dem in jedem Einzelfall verbindlich die Indikation zu einer Psychotherapie (dieser oder jener Form) gestellt werden kann. Die Indikation zur Psychotherapie wird naturgemäß stark durch die Schulzugehörigkeit des jeweiligen Psychodiagnostikers beeinflusst.

Die klinische Erfahrung hat gezeigt, daß bei Herzneurotikern nur in seltenen Fällen eine große Psychoanalyse indiziert ist. Die Indikation zu einer analytisch orientierten Psychotherapie kann dagegen häufiger gestellt werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Der Patient sollte zu erkennen geben, daß er zumindest eine gewisse Introspektivität besitzt – daß er also fähig und bereit ist, Sinnzusammenhänge zwischen seiner Symptomatik und innerseelischen Vorgängen (Erinnerungen an früher Erlebtes, Wünsche, Phantasien, Ängste usw.) sowie äußere

ren Ereignissen (berufliche Belastung, Verlustereignisse usw.) herzustellen und zu reflektieren.

2. Der Leidensdruck des Patienten sollte sich nicht darin erschöpfen, daß er lediglich seine Symptome verlieren möchte; der Patient sollte vielmehr umfassender therapiemotiviert sein, d. h. neugierig in dem Sinne, besser verstehen zu wollen, warum er krank geworden ist bzw. welche lebensgeschichtlichen Ereignisse und zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen den Krankheitsprozeß nachdrücklich beeinflusst haben.

Nach den Erfahrungen von BECKMANN und RICHTER (1973) wird die Indikation zu einer analytisch orientierten Psychotherapie dreimal häufiger für den abhängigen Herzneurotiker-Typus gestellt. Dies hängt mit der spezifischen Abwehr des jeweiligen Patienten zusammen: Abhängige Patienten suchen enge Beziehungen zu potentiell stützenden Objekten (so auch Ärzten, Therapeuten), die nicht offen abhängigen Patienten mit ihrer spezifisch kontraprophischen oder narzißtischen Abwehr vermeiden es dagegen eher, sich dieser Abhängigkeitsproblematik überhaupt zu stellen.

Die Verhaltenstherapie faßt die störende Symptomatik als erlerntes, aber fehlangepaßtes Verhalten bzw. Erleben auf. Behandlungsziel ist, das störende, subjektiv als belastend erlebte Verhalten oder Erleben abzubauen und/oder ein neues, angemessenes Verhalten/Erleben aufzubauen. Der Behandlungsansatz ist also in erster Linie auf das Symptom, dessen Beseitigung oder Modifizierung, zentriert. Prinzipiell wird im Rahmen einer Verhaltenstherapie versucht, den Patienten zu motivieren und darin zu unterstützen, daß er sich aktiv und in der Realität den angstbesetzten Situationen stellt, um schrittweise fähiger zu werden, seine Vermeidungstendenzen zu überwinden und die Zuversicht zu festigen, daß bedrohliche Situationen eigeninitiativ kontrolliert und bewältigt werden können.

Detailliertere Informationen zu verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungen finden sich in NUTZINGER et al. (1987). Dort wird auch dargestellt, wie – insbesondere bei sta-

tionären Behandlungen – verschiedene Therapietechniken (z. B. Entspannungsverfahren, Reizüberflutungsverfahren, kognitive Umstrukturierungen, physikalische Therapie) kombiniert angewendet werden. FIEGENBAUM et al. (1987) konnten in ihrer Herzneurotikerstudie nachweisen, daß bei Anwendung der Reizüberflutungsmethode eine gute Symptombesserung zu erreichen war. Die Behandlungserfolge blieben über einen Katamnesezeitraum von drei Jahren weitgehend stabil.

Die Wahl zwischen einer Verhaltenstherapie und einer psychoanalytisch ausgerichteten Behandlungsform spielt praktisch-klinisch bei der Indikationsstellung die größte Rolle. Diese Entscheidung kann aber nicht über den Kopf des Patienten hinweg gefällt werden, weil die gewählte Therapieform mit der Persönlichkeitsstruktur des Patienten, seinen Hypothesen zur Symptomen-genese und seinen persönlichen Behandlungsvorstellungen korrespondieren muß. Die Prüfung der Indikation im Einzelfall wäre selbst dann notwendig, wenn hinreichend viele empirische Vergleichsstudien die durchschnittliche Überlegenheit der einen Therapieform über die andere erwiesen hätten. So wäre es wenig sinnvoll, einen Patienten zu einem Verhaltenstherapeuten zu überweisen, wenn der Patient selbst lebensgeschichtlich frühe traumatische oder konflikthafte Beziehungserfahrungen mit seiner herztodhypochochondrischen Symptomatik in Beziehung setzt und den Wunsch hat, sich mit diesen Erfahrungen auseinanderzusetzen. Umgekehrt wäre es ebenso wenig sinnvoll, ihn zu einem psychoanalytischen Psychotherapeuten zu überweisen, wenn der Patient die Wiederbegegnung mit belastenden Aspekten seiner bisherigen Lebensgeschichte scheut und/oder die oben kurz umrissenen Indikationskriterien für eine analytisch orientierte Psychotherapie nicht erfüllt sind.

Viele Herzneurotiker müssen und können von Ärzten betreut werden, die keine Fachpsychotherapeuten sind. Hierbei empfiehlt es

sich, folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

1. Nach der gründlichen somatischen Diagnostik sollte der Patient sorgfältig über die Ergebnisse aufgeklärt werden, was ja im Falle eines Herzneurotikers heißt, daß er ruhig und unmißverständlich darauf hingewiesen wird, daß er körperlich gesund ist\*. Zugleich beginnt das Bemühen, gemeinsam mit dem Patienten erste Hinweise auf einen seelischen Konflikthintergrund (also mögliche Belastungs- oder Problemsituationen) zu erarbeiten. Da die Patienten, was ja häufig passiert, nach mehr oder weniger kurzer Phase der Beruhigung mit erneuten herz-neurotischen Symptomen vorstellig werden und auf erneute somatische Diagnostik drängen, sollte mit ihnen ruhig und nachdrücklich die Überflüssigkeit der Wiederholungsuntersuchung besprochen werden, um erneut zu versuchen, den psychosozialen Konflikthintergrund zu erhellen.
2. Bei sehr angsterregten Patienten kann es unumgänglich sein, sie vorübergehend psychopharmakologisch zu stützen. Zu erwägen ist die Verschreibung von Antidepressiva, Betablockern und Benzodiazepinen. Dabei gilt (leider), daß nur die Benzodiazepine eine rasch einsetzende anxiolytische Wirkung entfalten. Wegen der Gefahr einer sich rasch entwickelnden Abhängigkeit ist deren Verschreibung also sorgfältig zu indizieren. Der Patient ist nachdrücklich darauf hinzuweisen, daß die Gefahr einer sich schnell entwickelnden Medikamentenabhängigkeit sehr ernst zu nehmen und demzufolge die Verschreibung von Benzodiazepinen ohnehin nur für einen kurzen Zeitraum möglich ist (vgl. Kap. III.H). Es empfiehlt sich, gezielt darauf hinzuwirken, daß der Patient die Benzodiazepine nur noch als eine Art Sicherheits-Unterpand für einen möglichen Notfall bei sich haben muß, ohne sie tatsächlich einnehmen zu müssen. Hier wirkt psychologisch, daß

\*NUTZINGER (1992) hat in einer größeren Übersichtsarbeit zur Frage des Mortalitätsrisikos speziell bei Patienten mit Panikattacken zusammenfassend Stellung genommen. Neben drei Langzeituntersuchungen, die kein erhöhtes kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko nachweisen konnten, fand sich in zwei Studien eine solche Risikoerhöhung für männliche Patienten, wobei NUTZINGER aber zu dem Schluß kommt, der höhere Gefährdungsgrad sei auf das bei männlichen Angstpatienten gleichzeitig häufigere Vorkommen der bekannten KHK-Risikofaktoren zurückzuführen.

der Patient das Medikament in seiner Tasche assoziativ mit seinem Doktor verknüpft hat, die Tabletten also symbolisch den Schutz und Sicherheit bietenden Arzt repräsentieren. Mit anderen Worten: Der Patient hat mit den Tabletten «seinen Doktor» bei sich.

3. Dieser Effekt ist umso größer, je stabiler und vertrauensvoller die Beziehung des Patienten zu seinem Arzt ist. Diese Vertrauensbeziehung ist überhaupt – verständlich vor dem Hintergrund der oben skizzierten Psychodynamik – das wirkungsvollste therapeutische Agens, das wir bei der Behandlung von Herzneurotikern in der Hand haben.

Bis dieses Vertrauensverhältnis entwickelt ist, können sich nun aber Schwierigkeiten ergeben, die je nach der psychischen Struktur des Patienten verschieden sind:

Der abhängige herzneurotische Patient kann in seiner ängstlichen Art unter Umständen so anklammernd und fordernd sein, daß massive aggressive (Gegenübertragungs-)Gefühle beim Arzt mobilisiert werden – verbunden mit dem Wunsch, den Patienten auf dem schnellsten Wege loszuwerden.

Diese emotionalen Reaktionen auf den Patienten sollten zwar nüchtern registriert, zugleich aber gebremst und kontrolliert werden. Dies gelingt umso eher, je besser wir verstehen, daß sich der Patient subjektiv in einer großen Notsituation befindet, die ihn nach dem kraftvollen und beschützenden Helfer greifen läßt – einer Person, die er in seinem bisherigen Leben nicht hat verinnerlichen und in sich stabil verankern können. Der pseudounabhängige oder narzißtische Patient kann dagegen auf andere Weise aggressiv machen. Er zeigt sich nämlich unter Umständen demonstrativ großspurig oder

überheblich – und dies in mitunter geradezu lächerlich anmutender Diskrepanz zu der im Hintergrund spürbaren Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit. Auch hier müssen wir verstehen, daß der Patient momentan noch seine kontraphobische Abwehr oder narzißtische Selbstüberhöhung benötigt, um sich einigermaßen ausbalancieren zu können. Dies sind seine psychischen Überlebensformen, für die er gegenwärtig noch keine Alternativen zur Verfügung hat. Gerade die Tatsache, daß er eine Herzneurose entwickelt hat, deutet ja unmißverständlich darauf hin, daß diese Kompensationsmechanismen inzwischen äußerst labil geworden sind.

## Literatur

- DENEKE FW, STUHR U, DENEKE C, BÜHRING B, FRANZ A: Die diagnostische Beurteilung von Patienten mit einer Herztodphobie: Ein Ansatz, verschiedene psychologische Erklärungskonzepte zu integrieren. *Psychother Med Psychol* 34, 273–286, 1984
- FIEGENBAUM W, GIERSCHNER HC, RENNEBERG B: Untersuchung zur Langzeiteffektivität von Reizüberflutungsverfahren bei Herzphobikern. In NUTZINGER DO et al. (Hrsg.) *Herzphobie*. Enke, Stuttgart 1987
- KLUSSMANN R: *Psychosomatische Medizin*. Springer, Berlin/Heidelberg 1992
- NUTZINGER DO, PFERSMANN D, WELAN T, ZAPOTOCZKY HG: *Herzphobie*. Enke, Stuttgart 1987
- NUTZINGER DO: Herz und Angst. *Nervenarzt* 63, 1992, 187–191
- RICHTER HE, BECKMANN D: *Herzneurose*. Thieme, Stuttgart 1973
- SCHONECKE OW, HERRMANN JM: Das funktionelle kardiovaskuläre Syndrom. In VON UEXKÜLL Th: *Psychosomatische Medizin*, S.492, Urban & Schwarzenberg, München 1990

## A.2 Essentielle Hypertonie

WOLFGANG MEYER und VOLKER-E. KOLLENBAUM

### 1. Definition, Symptomatik und Verlauf

Bei der arteriellen Hypertonie liegen Blutdruckverhältnisse im arteriellen System vor, die über einen willkürlich festgesetzten Wert hinausgehen. Definitionen, die sich auf die Grenze zwischen Normotonie und Hypertonie beziehen, schwanken dabei. Definiert die WHO systolische Werte zwischen 140 und 160 und diastolische zwischen 90 und 95 als Grenzbereich, sprechen andere Autoren bereits ab 85 mm HG diastolisch von einem erhöhten Risiko (PFLANZ, 1977). Eine Hypertonie im Gefolge einer organischen Krankheit ist von der essentiellen Hypertonie, für die keine organische Ursache zu finden ist, zu unterscheiden.

Über Beschwerdeangaben von Patienten mit essentieller Hypertonie finden sich widersprüchliche Angaben. Uncharakteristische *Beschwerden* wie Schwindelgefühle usw. mögen nicht immer den Weg leiten. Häufig wird die Hypertonie zufällig diagnostiziert. Insgesamt verschlechtern schon leichte Erhöhungen des Blutdruckes die Lebenserwartung, wie viele epidemiologische Studien belegen. Zusätzlich zu verzeichnende Risikofaktoren wie Adipositas oder Hyperlipidämie beeinträchtigen die Prognose weiter. Hypertoniker sterben an organbedingten Gefäßkomplikationen vor allem des Herzens und des Zentralnervensystems.

### 2. Epidemiologie

Für die Häufigkeit der essentiellen arteriellen Hypertonie in einer Bevölkerung sind mehrere Einflußgrößen bekannt. Dazu gehören unbestritten *genetische Faktoren*. Bei monozygoten Zwillingen findet man deutlich häufiger übereinstimmende Blutdruckwerte als bei heterozygoten Zwillingen oder gar bei einfachen Geschwistern (LAASER, 1986). In Deutschland wird ähnlich wie bei der weißen Bevölkerung der USA von einer Inzidenz von 15 bis 20 Prozent ausgegangen. Demgegenüber liegt dieser Anteil in der schwarzen Bevölkerung Nordamerikas etwa doppelt so hoch. Dies ist jedoch keineswegs ein zwingender Hinweis auf die Bedeutung genetischer Einflüsse. Einige Autoren sehen diesen Unterschied durch *soziokulturelle* und ungünstige psychische Belastungen bedingt (vgl. SCHÄFER u. BLOHMKE, 1977).

Übereinstimmend wird in industrialisierten Ländern ein höherer Anteil der Bevölkerung mit hypertonen Blutdruckwerten gefunden. Demgegenüber ist die Hypertonie in vielen Ländern der dritten Welt sogar eine ausgesprochene Rarität. Bei Wanderungsbewegungen von Bevölkerungsteilen kommt es in der Regel zu einem Blutdruckanstieg bei denjenigen, die sich den Lebensbedingungen industrialisierter Kulturen anpassen müssen.

Bereits vor über 20 Jahren lagen mehr als 200 Arbeiten vor, die den entscheidenden Einfluß *emotionaler Streßbelastung* auf die Ent-



wicklung der Hypertonie betonen (SCHÄFER u. BLOHMKE, 1977). In Untersuchungen an so unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Polynesiern, Melanesiern und südafrikanischen Zulus ließ sich übereinstimmend zeigen, daß diejenigen, die Kontakt zu westlich orientierter Zivilisation hatten, deutlich höhere Blutdruckwerte aufwiesen als die im Stammesverbund gebliebenen Personen. Mit zunehmendem Alter wurden diese Unterschiede noch deutlicher, da in traditionsgebundenen festgefügtten sozialen Strukturen bei geringerem psychischem Streß mit zunehmenden Lebensjahren kein Blutdruckanstieg zu beobachten ist.

### 3. Psychosomatik

#### 3.1 Psychodynamik und Persönlichkeitsbild

Schon 1939 beschrieb ALEXANDER bei den von ihm untersuchten Hypertonikern einen unspezifischen Konflikt zwischen aggressiven Tendenzen gegenüber anderen Personen bei zugleich bestehender innerer Abhängigkeit von ihnen (ALEXANDER, 1939). Er schloß, daß die von den Betroffenen in diesen Situationen erlebten Gefühle wie Wut, Haß und Neid infolge der Abhängigkeit entweder gar nicht wahrgenommen oder aber als bedrohlich erlebt werden. Durch die psychische Abwehr dieser Bedrohung komme es dann zu Schuldgefühlen oder Angst vor vermeintlicher Trennung (vgl. Kap. II.B).

Die aufgrund dieser Dynamik zu vermutenden *Konfliktkonstellationen* wurden von GAUS et al. (1983) beschrieben: Aggression vs. Unterwerfung, Gewährung vs. Versagung, letzte insbesondere auf orale Bedürfnisse bezogen. Auch wurde die aus dieser Ambivalenz häufig resultierende pathologische Reaktion auf aktuelle Objektverluste dargestellt.

Der Umgang mit *Aggression* und *Angst* steht seit langem im Zentrum von Untersuchungen zur Psychosomatik der Hypertonie (JULIUS et al., 1986). Beide Affekte entstehen in Situationen gesteigerter Reaktionsbereit-

schaft, die mit einer Aktivierung vegetativer Prozesse einhergehen.

Häufig wurde festgestellt, daß Aggression stärker zu einer Freisetzung von Noradrenalin führt, während Angst eher durch Adrenalinausschüttung gekennzeichnet ist, wie schon die bemerkenswerte Arbeit von AX (1953) nahegelegt hat. Daher werden aggressiven Reaktionen die stärkeren Blutdruckanstiege zuzuordnen sein. Zusätzlich soll die Unterdrückung von Emotionsäußerungen mehr zu noradrenergen, die freie Äußerung derselben hingegen zu mehr adrenergen Reaktionen führen (RAAB, 1953). Durch die stark  $\alpha$ -mimetische Wirkung des Noradrenalin kommt es im ersten Fall zusätzlich zur positiv inotropen Wirkung zu einer erheblichen Vasokonstriktion in der Peripherie, damit zu einer Erhöhung des peripheren Widerstands und einer starken Blutdruckerhöhung. Die starke Reizung der Barorezeptoren führt meist zu einer Reflexbradykardie, so daß das Herzminutenvolumen häufig absinkt. Demgegenüber ist der Blutdruckanstieg im zweiten Fall (adrenerge Reaktion) weniger ausgeprägt, da durch die dem Adrenalin eigene gleichzeitige  $\alpha$ - und  $\beta$ -mimetische Wirkung die Pumpleistung des Herzens verbessert wird und der Frequenzanstieg wegen einer Vergrößerung der Blutdruckamplitude (Vasodilatation im Bereich der Skelettmuskulatur) nicht antagonisiert wird. Herzrate und Herzminutenvolumen steigen an.

In einer Reihe von empirischen Untersuchungen wurde versucht, ALEXANDERS frühe Beobachtungen auf einer konkret beschreibbaren Verhaltensstufe zu belegen. Dies ist in einigen Fällen gelungen. Vor allem die klinischen Beobachtungen von WOLFF und WOLF (1951) sowie daran orientierte Feldstudien und Untersuchungen zur psychosozialen Situation unterstützen die These von vermehrten aggressiven Verhaltenstendenzen bei Hypertonikern.

Andererseits konnten häufig keine Unterschiede zwischen Hypertonikern und Normotonikern gefunden werden (z. B. in der sorgfältig kontrollierten Studie von OSTFELD u. SHEKELLE, 1967). Gründe für diese widersprüchlichen Ergebnisse werden zum Teil in dem betrachteten Merkmal selbst gesehen: Unterdrückter bzw. gar unbewußter Ärger oder Aggressivität entziehen sich naturgemäß üblichen psychologischen Testverfahren und Verhaltensbeobachtungen, sieht man von projektiven Tests, wie z. B. dem von ROSENZWEIG entwickelten Picture Frustration Test, ab. Aber auch Stichprobeneffekte dürften eine

nicht unerhebliche Rolle spielen, da häufig solche Hypertoniker in Untersuchungen einbezogen wurden, die sich wegen ihrer Krankheit in ärztliche Behandlung begeben hatten. Eine repräsentative Stichprobe hat daher nicht immer vorgelegen.

In einer Untersuchung von BERBALK et al. (1991) zeigte sich, daß Grenzwerthypertoniker unter psychischer Belastung eine mimische Erstarrung aufweisen. Darüber hinaus bestand eine Wechselwirkung mit den Interaktionspartnern (studentische Interviewerinnen). Bei zunehmendem Streß der Grenzwerthypertoniker verringerte sich die mimische Aktivität der Interviewerinnen, während bei anderen Probanden in vergleichbaren Situationen eine Zunahme der Mimik der Gesprächspartner zu beobachten war. Normotoniker erhielten also auch in für sie schwierigen Situationen sozialen Rückhalt durch mimische Signale, während Grenzwerthypertoniker zusätzlich zu dem situativen Streß einen interpersonellen Streß durch die Interviewerinnen erlebten. Die Autoren schließen daraus, daß Grenzwerthypertoniker sich durch ihr Interaktionsverhalten zusätzliche aversive Bedingungen schaffen.

Die *soziale Wahrnehmung* scheint bei Hypertonikern gegenüber Normotonikern entsprechend verändert zu sein. In dargebotenen Filmen mit Arzt-Patient-Interaktionen äußerten Hypertoniker signifikant seltener, aggressives Verhalten beobachtet zu haben, als Normotoniker bei den gleichen Szenen (SAPIRA et al., 1971). Damit entfällt möglicherweise ein wichtiger Anreiz zur Verhaltensanpassung in sozialen Situationen.

Übereinstimmend wird von vielen Autoren die Bemühung von Hypertonikern beschrieben, ihren Emotionsausdruck zu kontrollieren und «normal» zu wirken. BASTIAANS (1963) nennt dies die «Fassadenstruktur der Hypertoniker». Hinter der Fassade von Pflichtbewußtsein verbergen sich eher Unsicherheit, Sensibilität, Abhängigkeit und Unausgeglichenheit. Die Gefügigkeit, die hier beschrieben wird, widerspiegelt das Thema der Aggressionshemmung, das ALEXANDER 25 Jahre zuvor erwähnte. BASTIAANS beschreibt auch das dieser Entwicklung zugrundeliegende verformte Über-Ich als «law and order-super ego». Dieses scheint das für eine gesunde Entwicklung notwendige Ausleben aggressiver Impulse nicht zuzulassen, womit sich eine dem normalen Leben zuträgliche Einstellung zum Objekt nicht finden läßt.

### 3.2 Krankheitsauslösende Faktoren

Das Bemühen der Hypertoniker, unauffällig normal zu erscheinen, wird im Zusammenhang mit Auslösesituationen, die auch der Arzt in der täglichen Praxis feststellen kann, immer wieder diskutiert. So muß der Hypertoniepatient einen Teil der von ihm herbeigesehnten Normalität, die der Abwehr und Stabilisierung des Ichs dient, regelmäßig aufgeben, wenn er sich in ärztliche Behandlung und damit in eine Form von Abhängigkeit begibt. *Situative Blutdruckerhöhungen* sind in diesen Situationen entsprechend häufig festzustellen (SPITZER et al. 1992).

Zur Quantifizierung dieser aus der Psychoanalyse stammenden Theoriebildung wurden analytische Interviews unter gleichzeitiger Blutdruckregistrierung schon in den fünfziger Jahren (TREUNIERT, 1950) unternommen. Bei Verbesserung der Blutdruckregistrierung durch eine Aufzeichnung von einem Blutdruckwert pro Herzschlag (beat-to-beat-Registrierung) konnten in jüngster Zeit neue Studien (MEYER W. et al., 1990) in einem Untersuchungssetting (abgewandelt nach MEYER G. et al., 1990) durchgeführt werden. Es wurden dazu während des Interviews zugleich mittels einer kleinen Fingermanschette kontinuierlich systolische und diastolische Blutdruckwerte einmal je Herzschlag per Computer aufgezeichnet. Zur Auswertung wurden die Interviews der Probanden in bezug auf ALEXANDERS Theorie in die Gruppen «Vorliegen eines Konfliktes zwischen aggressiven Tendenzen gegenüber anderen bei bestehender innerer Abhängigkeit von ihnen» oder «Nichtvorliegen eines solchen Konfliktes» eingeteilt. In der Auswertung konnte festgestellt werden, daß eine hypertensive Reaktion – als Mittelwert aller im Interview gemessenen Blutdruckwerte – ein Resultat aus dem Vorliegen eines für die Hypertonie spezifischen Konfliktes und des Ausmaßes der Verdrängung desselben darstellt. Dazu wurde wie folgt definiert: hohe Verdrängung bei überwiegender Verleugnung, Projektion, längerem Schweigen – mittlere Verdrängung bei überwiegendem Betrachten des Konflikthaften, bei «im Konflikt stehen», unter dem Konflikthaften leiden – niedrige Verdrängung bei erkennbarer Verarbeitung des Konfliktes. Eine mittlere Verdrängung ging nach dieser Einteilung mit höheren systolischen und diastolischen Blutdruckmittelwerten einher als eine hohe Verdrängung eines vorhandenen Konflikts.

Auch wenn sich diese Forschungsrichtung erst im Aufbau befindet, soll hier doch ein mögliches Modell eines psychoanalytischen Zuganges auf die Genese der Hypertonie umrissen werden: Bei Vorliegen eines hypertonespezifischen Konfliktes werden die Betroffenen zunächst versuchen, über eine hohe Abwehr

Herr der Lage zu werden. Klinisch wird dabei Normotonie festzustellen sein. Infolge der «Erschöpfung» der Abwehrvorgänge im Laufe einer gewissen Zeit werden sie allerdings in konfliktspezifisch kritischen Situationen zu geringerer Abwehr kommen, was situativ zu einer Blutdruckerhöhung führt. Hält die «Erschöpfung» der Abwehr weiter an, kann über Gefäßprozesse eine Fixierung der Grenzwerthypertonie stattfinden. Die Entwicklung der essentiellen Hypertonie wäre so durchaus verstehbar als dynamischer Prozeß, der von der notwendigen Verdrängung der Konflikte über ein Nachlassen der Abwehr – hier wäre die Grenzwerthypertonie zu lokalisieren – hin zu neuerlicher Abwehr bei jetzt fixiertem Hypertonus führt. Die Annahme eines dynamischen Konstruktes für den Übergang von der Grenzwerthypertonie zur essentiellen Hypertonie mag auch die Unterschiede zu den Ergebnissen der Coping- und Alexithymieforschung, denen zufolge bei Leugnung des Konflikthafte eher mit Hypertonie zu rechnen ist, erklären: Befassen sich diese Studien mit manifesten Hypertonikern, hat das oben beschriebene Konstrukt die Untersuchung von Normotonikern und Grenzwerthypertonikern zur Grundlage, bei denen die Abwehr bei Konfrontation mit Konflikthafte zunächst noch vor Hypertonie schützt.

Blutdruckschwankungen sind darüber hinaus in vielen Situationen zu beobachten, deren Konfliktpotential nicht immer so deutlich zu identifizieren ist. Blutdruckanstiege in diesen Situationen können über *Lernvorgänge* häufiger und dauerhafter auftreten und damit möglicherweise zur Entwicklung einer essentiellen Hypertonie beitragen. Vorstellbar sind dabei sowohl klassische Konditionierungen (Koppelung von Blutdruckanstiegen an ursprünglich neutrale Reize) wie operante. Letzte treten beispielsweise dann auf, wenn die Blutdruckerhöhung einen an sich unangenehmen Reiz weniger stark wahrnehmbar sein läßt. Dies konnte für die Schmerz Wahrnehmung gezeigt (s.u.) und für die Wahrnehmung in sozialen Situationen wahrscheinlich gemacht werden. In einer großen Zahl von Arbeiten konnte der Nachweis geführt werden, daß Blutdruck konditionierbar ist. So ist es im Tierexperiment gelungen, durch klassische Konditionierung überdauernde hypertone Zustände zu erzeugen (SHAPIRO u. GOLDSTEIN, 1986). Klassisch konditionierte Blutdruckerhöhungen sind relativ lösungsresistent, noch bevor es zu strukturellen Gefäßveränderungen kommt. Noch ausgeprägtere und länger anhaltende Blutdruckstei-

gerungen sind durch operante Konditionierung zu erzielen gewesen (vgl. Zusammenstellung bei SHAPIRO u. GOLDSTEIN, 1986). Konditionierungsprogramme, die einen starken Zwang auf die Versuchstiere ausüben, führen zu den anhaltendsten Blutdrucksteigerungen. Operante Konditionierung ist in beiden Richtungen (Blutdruckerhöhung und -senkung) wirksam. Ein kontrovers diskutierter Ansatz zur Klärung, welcher Stimulus als Verstärker dient, wurde von DWORKIN (1988) formuliert. Danach kommt es durch Aktivierung der Barorezeptoren zu einer Reduzierung von Angst und zu einer Erhöhung der Schmerzschwelle.

Gemeinsam ist diesen Überlegungen zu Einflüssen auf den arteriellen Blutdruck die über Katecholamine vermittelte vegetative Endstrecke *autonomer Regulation*, über die eine länger anhaltende oder zu ungünstigem Zeitpunkt erfolgende Stimulation aus einem funktionellen Hochdruck über strukturelle Veränderungen zu einer manifesten essentiellen Hypertonie führen kann. Es sei hier abschließend noch auf den Versuch WEINERS hingewiesen, die Vielzahl der Erkenntnisse zur Genese der essentiellen Hypertonie in Erweiterung der Mosaik-Theorie von PAGE in einer psychobiologischen Sichtweise zusammenzufassen (WEINER, 1979). Danach sind die an der Entstehung der essentiellen Hypertonie beteiligten Faktoren als untereinander vernetzte *Regelkreise* chemischer und neuronaler Art aufzufassen. Eine Störung in einem beliebigen dieser Regelmechanismen oder eine ungünstige Konstellation im Zusammenspiel kann für die pathologische Erhöhung des Blutdrucks verantwortlich sein. So besitzt beispielsweise Angiotensin II, das über die Area postrema das Gehirn erreicht, auf diesem Weg pressorische Effekte zusätzlich zu der bekannten peripheren Wirkung, da ein erhöhter Sympathikotonus ausgelöst wird. Nach Auffassung WEINERS spielt das Zentralnervensystem u.a. daher eine wesentliche Rolle in der Integration dieses Systems, die sowohl in der Phase der Entstehung eines dauerhaft erhöhten Blutdrucks wie in der Aufrechterhaltung bedeutsam ist.

1962 wurde von v. UEXKUELL und WICK erstmals der Blutdruck mit Hilfe der unbluti-

gen Messung unter dem Einfluß belastender Situationen untersucht, z. B. im medizinischen Staatsexamen. Der hier in die Literatur eingeführte Ausdruck «Situationshypertonie» beschreibt Bedrohungen oder auch Beeinträchtigungen, gegen die sich der Betroffene aus inneren oder äußeren Gründen heraus nicht zur Wehr setzen kann und die zur Hypertonie führen. Daß diese situativen Faktoren von praktischer Bedeutung sind, zeigten GAUS et al. (1983), als sie bei einer Untersuchung von als schwer einstellbar überwiesenen ambulanten Patienten herausfanden, daß das bisherige Scheitern aus der mangelhaften Berücksichtigung situativer psychosozialer Faktoren geschah.

Es läßt sich regelmäßig zeigen, daß eine Vielzahl von psychischen Belastungssituationen zu einer Blutdruckerhöhung führt. Unklar ist jedoch, inwieweit diese situativen Blutdruckanstiege für die Genese einer essentiellen Hypertonie bedeutsam sind. Ätiologisch ist *psychischer «Streß»* als Hypertonie auslösender Faktor im Tierexperiment wahrscheinlich gemacht worden: Bei Mäusen, Hunden sowie verschiedenen Affenarten inklusive Menschenaffen war es möglich, durch Streßinduktion eine chronische arterielle Hypertonie hervorzurufen (vgl. VAITL, 1982). Aber auch bei Beobachtungen am Menschen zeigt sich, daß Lärmbelastung, drohende Arbeitslosigkeit, berufliche Belastung bei Fluglotsen und andere Streßsituationen mit erhöhten Blutdruckwerten einhergehen. Der Versuch, in prospektiven Studien den relativen Anteil dieser Einflußgrößen nachzuweisen, ist jedoch bislang nicht geglückt. Beim Menschen deutet vieles darauf hin, daß sozialem Streß in interpersonellen Situationen, den alltäglichen zwischenmenschlichen Beziehungen, die größte Bedeutung zukommt. Dabei zeigt sich regelhaft ein stärkeres und meist länger anhaltendes Ansteigen des Blutdrucks bei Personen mit bereits vorhandener Hypertonie. Dies kann allerdings nicht als Beleg für die Streßgenese gewertet werden, sondern könnte ein Hinweis auf eine Besonderheit sein, die sich erst mit der Ausbildung einer manifesten essentiellen Hypertonie entwickelt hat. Vor allem bleibt ungeklärt, warum einzelne Personen unter belastenden Bedin-

gungen einen Bluthochdruck entwickeln, während andere mit einem anderen «Erfolgsorgan» reagieren oder ohne offensichtlich krankmachende Folgen vergleichbare Situationen durchstehen. Die Diskussion dieser Probleme führt zur Spezifitätsfrage. Im Rahmen der Streßkonzepte wurden die Begriffe Reaktionsspezifität (individuum-spezifische Antworttendenz) und Situationsspezifität (stimulus-spezifische Antworttendenz) immer wieder diskutiert (vgl. dazu auch ENGEL, 1983). Die Situationsspezifität postuliert für die Hypertoniker, daß es bestimmte Situationen gibt (Lärm, Belastung als Fluglotse usw.), die bei der Mehrzahl beobachteter Menschen zu erhöhtem Blutdruck führen. Unter Reaktionsspezifität wird dagegen die Neigung von Hypertonikern oder Hypertonie-gefährdeten Personen verstanden, auf eine Vielzahl von Belastungssituationen mit einer Blutdruckerhöhung zu reagieren. Damit verbunden ist die Frage nach einer Hypertonie-Persönlichkeit (DUNBAR, 1938), die bis heute diskutiert wird (vgl. CHESNEY u. ROSENMAN, 1985).

#### 4. Psychotherapie, Prognose

Nach den Empfehlungen der WHO ist bei der Behandlung der essentiellen Hypertonie zunächst das Potential nichtmedikamentöser Verfahren auszuschöpfen, bevor zusätzlich Antihypertensiva verabreicht werden. Die *Basiseempfehlungen*, die in diesem Zusammenhang gegeben werden, umfassen Änderungen im Ernährungsverhalten, die Aufnahme ausreichender körperlicher Aktivität und eine ausgeglichene Lebensführung. Die medikamentöse Intervention wird in den Lehrbüchern der Pharmakologie und der Inneren Medizin abgehandelt und soll hier nicht wiederholt werden. Von psychotherapeutischen Maßnahmen ist in herkömmlichen Therapieempfehlungen allenfalls in Ausnahmefällen die Rede.

Zu den erwähnten Basismaßnahmen gehört eine angemessene Diät, da Blutdruckwerte mit dem Körpergewicht positiv korreliert sind. Übergewichtige haben bei sonst gleichen Risikofaktoren höhere Blutdruckwerte. Aber auch bei Normgewichtigen ist auf eine geeig-

nete Ernährung zu achten. Bei einem Teil der Patienten liegt eine erhöhte Salzsensitivität vor; eine Reduktion der Kochsalzzufuhr wird dann eine Blutdrucksenkung bewirken. Wegen der bei Hypertonikern erhöhten Gefahr einer Arterioskleroseentwicklung ist außerdem auf eine ausreichende Einstellung der Serumlipide zu achten, was ebenfalls häufig bereits durch eine entsprechende Diät erreichbar ist.

Eine weitere Blutdrucksenkung kann durch ein regelmäßiges Ausdauertraining erreicht werden. Dazu muß wenigstens 1/7 der Muskelmasse des Körpers über eine längere Zeit (mindestens 1 Stunde je Woche; besser jedoch verteilt auf mehrere Übungen, z. B. täglich 10–15 Min.) zu aerobem Energieumsatz veranlaßt werden. Der Einfluß einer derartigen körperlichen Aktivität auf den arteriellen Blutdruck ist gut belegt. Daher ist es naheliegend, Bewegungstherapie als wesentliches Element nichtmedikamentöser Hochdruckbehandlung einzusetzen und möglichst als Bestandteil psychotherapeutischer Intervention zu integrieren. In systematischen Untersuchungen zum Effekt einer Bewegungstherapie hat sich zeigen lassen, daß sowohl Ruhe- wie Belastungsdruckwerte absinken (JACOB, 1989).

Das Ziel einer «geregelten Lebensführung» mit einem ausgeglichenen Wechsel von Anspannungs- und Entspannungsphasen, ausreichender körperlicher Bewegung, Lebensgeheu ohne Genußmittelabusus, förderlicher Selbstbewertung u. a. ist ohne psychotherapeutische Unterstützung wohl meist nur schwer zu realisieren. Auch zur Integration nichtmedikamentöser Maßnahmen und der gegebenenfalls erforderlichen Pharmakotherapie ist die Berücksichtigung der individuellen Verhaltenstendenzen des Patienten häufig erforderlich. Bleiben diese außer acht, läuft der Arzt mit der zweifellos wirksamen Medikamententherapie nur dem Symptom Hypertonie hinterher und erzielt im schlechtesten Fall fast ausschließlich Nebenwirkungen seiner antihypertensiven Therapie. Daß darunter die Compliance des Patienten leidet, bedarf keiner weiteren Erläuterung.

Deshalb und weil im alltäglichen *Arzt-Patienten-Umgang* aufgrund der unbewußten Dynamik leicht aggressive Tendenzen mobilisiert werden können, sollte hier ein Umden-

ken einsetzen. Der um Normalität bemühte und eher angepaßte Hypertoniker erlebt nämlich zu der mit jedem Arztbesuch verbundenen Angst möglicherweise zusätzlich Ängstigendes. Dieses entspringt seiner Abhängigkeitsangst, die beim Arztbesuch dadurch aktualisiert wird, daß er um die Aufdeckung seiner verborgenen Konflikte fürchtet. Es treten in der Folge unter Umständen auch Schuldgefühle auf, die nicht selten zur Verstärkung der Symptomatik im Sinne eines *Circulus vitiosus* oder zum Abbruch der Behandlungsbeziehung führen.

Ein wichtiges Ziel bei der Behandlung von Hypertonikern ist daher die zuverlässige Kooperation mit dem behandelnden Arzt. Aus einer großen Zahl von Untersuchungen ist bekannt, daß verordnete Blutdruckmittel nur in weniger als 50 Prozent der Fälle regelmäßig eingenommen werden. Zu Faktoren, die mit guter Compliance vergesellschaftet sind (HAYNES, 1976 zit. n. LINDEN, 1983), gehören eine gute Arzt-Patient-Beziehung, die sich durch Eingehen auf den Patienten und ausreichend Zeit für den Kontakt auszeichnet, und die Überzeugung, daß die Therapie hilfreich und die Erkrankung schwerwiegend ist.

Als möglicherweise hypertoniauslösend muß im Zusammenhang mit dem Arztbesuch der von dem Patienten erlebte Verlust von Selbstsicherheit herausgestrichen werden. Der Arzt kann dieses Problem antizipieren und hier gegensteuern, indem er sich einfühlt und in Kenntnis des Problems eine tragfähige Beziehung aufbaut. Dem Verzicht auf eine eher vor-schnelle Handlung – wie beispielsweise beim Verschreiben eines Antihypertensivums – ist der Vorzug zu geben. Dieses Vorgehen der Berücksichtigung der Pathologie der Interaktion im normalen ärztlichen Umgang mit Hypertonikern ist auch in Anbetracht der meist notwendigen längeren Behandlungsdauer und möglicher Komplikationen der medikamentösen Therapie anzuraten. Erklärungen, Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkung der Medikation sollen die möglichen Fallstricke der Interaktion berücksichtigen, ohne Psychotherapie zu werden.

*Psychotherapie* selbst findet meist im Sinne der kausal orientierten Aufarbeitung in psychotherapeutischen Praxen oder anderen spe-

ziellen Einrichtungen statt. Das Aufarbeiten der Konflikte mit dem Verstehen der Abhängigkeit, der resultierenden Schuldgefühle, letztendlich der Gründe für die Hemmung der überaus wichtigen aggressiven Auseinandersetzungsfähigkeit kann hier in einem kausalen Ansatz das Symptom Hypertonie beseitigen. Zwischen dem ärztlich verstehenden Umgehen mit dem Hypertoniker und der Psychotherapie liegt eine wichtige allgemein- und fachärztliche Aufgabe in Form von Gesprächen über die Blutdruckwerte und die damit im Sinne der Situationshypertonien in Zusammenhang stehenden Lebenssituationen.

Diese «kleine Psychotherapie» hat einen wichtigen Stellenwert zur Motivation derjenigen Hypertoniker, die unter Umständen in eine aufarbeitende Psychotherapie eintreten, sowie derjenigen – und dies ist zahlenmäßig die größere Gruppe –, die im Gespräch mit dem Arzt eine situative Entlastung suchen.

Ein wichtiger und oft praktizierter Bestandteil solcher Arzt-Patientenbegegnungen ist die *Entspannungstherapie*. Dabei ist eine unspezifische Reduktion von Außenreizen von einer gezielt therapeutischen Entspannung zu unterscheiden. In diesem Zusammenhang ist das Phänomen zu erklären, das jedem Rehabilitationskliniker begegnet, nämlich das bei vielen Patienten zu beobachtende Absinken der Blutdruckwerte in den ersten Tagen eines Kuraufenthaltes.

Die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON usw.) ist gut belegt. Der Effekt ist jedoch offenbar nur dauerhaft, wenn ein Entspannungsverfahren kombiniert mit einem weiteren Verfahren angeboten wird, welches konflikthafte Verhaltensweisen oder Einstellungen der Patienten bearbeitet. So ist eine Kombination mit z. B. kognitiver Verhaltenstherapie oder anders orientierten Verfahren empfehlenswert (KOLLENBAUM, 1989).

Sinngemäß gilt das gleiche für die Biofeedbackverfahren, die gegenüber Entspannungsverfahren keine Vorteile zu besitzen scheinen. Eine Blutdrucksenkung wird rasch erreicht und steht dem Patienten in der Laborsituation zuverlässig zur Verfügung. Die Übertragbarkeit auf Alltagssituationen allerdings erfor-

dert den Einsatz darüber hinausgehender Maßnahmen, so daß das Vorgehen ähnlich dem eben beschriebenen ist. Im Sinne eines Selbstkontrollansatzes empfiehlt es sich, den Patienten frühzeitig zu ermöglichen, den Blutdruck selbst zu messen. Dadurch kann der Zusammenhang zu belastenden Situationen bzw. Konfliktthemen erfahrbar gemacht werden und die Compliance gesteigert werden. Gelegentlich ist es erforderlich, eine solche Behandlung unter stationären Bedingungen zu beginnen.

Die *Prognose* des Hypertonikers ist letztlich durch die krankheitsbedingten Organkomplikationen, bevorzugt von Seiten des Herzens, des Zentralnervensystems und der Nieren, bestimmt. Alleinige Psychotherapie kann dem Ziel der Vermeidung solcher Komplikationen ebensowenig wie alleinige medikamentöse Therapie gerecht werden.

Nach heutigem Stand der Kenntnisse ist es unerlässlich, psychotherapeutische Aspekte in der Behandlung und Führung von Patienten mit essentieller Hypertonie neben medikamentöser Therapie gleichberechtigt einzusetzen.

## Literatur

- ALEXANDER F: Emotional factors in essential hypertension: Presentation of a tentative hypothesis. *Psychosom Med* 1, 173–179, 1939
- BASTIAANS J: Emotigene Aspekte der essentiellen Hypertonie. *Verh Dtsch Ges Inn Med* 69, 510–517, 1963
- BERBALK H, KOHLHAAS A, KEMPKENSTEFFEN J, KOCH H, SCHULZ U, MEYER GJ, SEIDENSTÜCKER KH, KOLLENBAUM VE, WILL D: Mimik, Streß und Blutdruck – Eine psychophysiologische Untersuchung mit Hypo-, Normo- und Grenzwerthypertonikern. *Verhaltenstherapie* 1, 120–129, 1991
- BIRBAUMER N: Kardiovaskuläre Störungen. In MILTNER W, BIRBAUMER N, GERBER W-D (Hrsg.) *Verhaltensmedizin*, S. 171, Springer, Berlin 1986
- CHESNEY MA, ROSENMAN RH (eds): Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders. Hemisphere, Washington 1985
- DUNBAR F: Emotion and bodily changes. Columbia University Press, New York 1938
- DWORKIN B: Hypertension as a learned response: The baroreceptor reinforcement hypothesis. In ELBERT T, LANGOSCH W, STEPTOE A, VAITL D (eds) Be-

- havioral medicine in cardiovascular disorders, S. 17, John Wiley & Sons, Chichester 1988
- ENGEL BT: Assessment and alteration of physiological reactivity. In DEMBROSKI TM, SCHMIDT T, BLÜMCHEN G (eds) Biobehavioral bases of coronary heart disease. S. 450, Karger, Basel 1983
- GAUS E, KLINGENBURG M, KÖHLE K: Psychosomatische Gesichtspunkte in der Behandlung von Hypertoniepatienten – Möglichkeiten eines integrierten internistisch-psychosomatischen Ambulanzkonzepts. *Psychother Med Psychol* 33, 53–60, 1983
- HENRY JP, CASSEL JC: Psychosocial factors in essential hypertension: Recent epidemiologic and animal experimental evidence. *Am J Epidemiol* 90, 171–200, 1969
- JACOB S: Die Bedeutung eines Ausdauertrainings in der Behandlung der Hypertonie. *Geriatric u Rehabilitation* 2, 79–89, 1989
- JULIUS M, HARBURG E et al.: Anger-coping types, blood pressure, and all-cause mortality: A follow-up in Tecumseh, Michigan (1971–1983). *Am J Epidemiol* 124, 220–233, 1986
- KOLLENBAUM VE: Autogenes Training, Progressive Muskel-Relaxation und Biofeedback. Entspannungsmethoden bei Hypertonie-Patienten. In HUHMANN W (Hrsg.) Diagnostik in der kardiologischen Rehabilitation, S. 185, Schnetztor-Verlag, Konstanz 1989
- LAASER U: Das Hochdruckrisiko: Entstehung und Erfassung In ROSENTHAL J (Hrsg.) Arterielle Hypertonie, S. 58, Springer, Berlin 1986
- LINDEN W: Psychologische Perspektiven des Bluthochdrucks. Ursprung, Verlauf und Behandlung. Karger, Basel 1983
- MARMOT MG: Socio-economic and cultural factors in ischemic heart disease. *Advanc Cardiol* 29, 68–75, 1982
- MEYER GJ, KOLLENBAUM VE, WILL D, SEIDENSTÜCKER KH, KOHLHAAS A, BERBALK H: Adrenalin- und Noradrenalin-Konzentrationen unter verschiedenen psychologischen Bedingungen unter kontinuierlicher Blutdruckregistrierung bei ergonomisch bestimmten Normotonikern und Grenzwerthypertonikern. *Z Kardiol* 79; Suppl 1:34, 1990
- MEYER W, VEDDERN G, SPEIDEL H, BERBALK H, KOLLENBAUM VE, KOHLHAAS A, MEYER GJ, SEIDENSTÜCKER KH, SCHIEREN R, WILL D: Paper 18th European Conference on Psychosomatic Research Helsinki: Analytically orientated interviews during continuous blood pressure registration. 1990
- OSTFELD AM, SHEKELLE RB: Psychological variables and blood pressure In STAMLER J, STAMLER R, PULLMAN TN (eds) The epidemiology of essential hypertension, S. 321, Grune & Stratton, New York 1967
- PFLANZ M: Epidemiologie des essentiellen Hochdrucks. *Verh Dtsch Ges Kreislaufforsch* 43, 20–27, 1977
- RAAB W: Hormonal and neurogenic cardiovascular disorders. Williams & Wilkins, Baltimore 1953
- SAPIRA JD, SCHEIB ET, MORIARTY R, SHAPIRO AP: Difference in perception between hypertensive and normotensive populations. *Psychosom Med* 33, 239–250, 1971
- SCHÄFER H, BLOHMKE M: Herzkrank durch psychosozialen Stress? Hüthig, Heidelberg 1977
- SHAPIRO D, GOLDSTEIN IB: Verhaltensmuster und ihre Beziehung zur Hypertonie. In ROSENTHAL J (Hrsg.) Arterielle Hypertonie, S. 12, Springer, Berlin 1986
- SPITZER SB, LLABRE MM, IRONSON GH, GELLMAN MD, SCHNEIDERMAN N: The influence of social situations on ambulatory blood pressure. *Psychosom Med* 54, 79–86, 1992
- TREURNIET N, WILDE GJS: Untersuchung einiger psychosomatischer Hypothesen mit Hilfe der kontinuierlichen intraarteriellen Blutdruckmessung bei einem Patienten mit essentieller Hypertonie. *Psyche* 20, 54–66, 1966
- VAITL D (Hrsg.): Essentielle Hypertonie. Psychologisch-medizinische Aspekte. Springer, Berlin 1982
- VON UEXKÜLL, Th, WICK E: Die Situationshypertonie. *Arch Kreislaufforsch* 39, 236–271, 1962
- WEINER H: Psychobiology of essential hypertension. Elsevier, New York 1979
- WOLFF HG, WOLF S: The management of hypertensive patients. In BELL E (ed) Hypertension, S. 228, Univ of Minn, Minneapolis 1951

## A.3 Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt

VOLKER-E. KOLLENBAUM und WOLFGANG MEYER

### 1. Einleitung

In der psychosomatischen Streßforschung der koronaren Herzkrankheit (KHK) lassen sich mit SPEIDEL et al. (1990) ein klinisch phänomenologischer, ein physiologisch-situativer und ein lebensgeschichtlich-psychodynamischer Ansatz unterscheiden. In den letzten 30 Jahren hat dabei eine verhaltensorientierte Betrachtung im Mittelpunkt gestanden und mit dem heute umstrittenen, sogenannten Typ A-Verhalten als Konzept zur Erforschung der prospektiven Bedeutung psychischer Faktoren für die koronare Herzkrankheit zu einer großen Zahl von Studien angeregt.

Unter *Typ A-Verhalten* werden dabei eine ganze Reihe von Verhaltensweisen zusammengefaßt, die vermutlich in unterschiedlichem Maße an einer Risikokonstellation für Koronarpatienten beteiligt sind. Nach FRIEDMAN und ROSENMAN (1974) gehören dazu Ehrgeiz, Aggressivität, latente Feindseligkeit, Wettkampforientiertheit und Ungeduld. Aber auch besondere Verhaltensmerkmale wie eine höhere Muskelspannung, Schnelligkeit in allen Handlungen, besonders im Sprechen, sowie andere Eigentümlichkeiten sind zu diesem Verhaltenskonglomerat gerechnet worden.

Das Typ-A-Verhaltenskonzept hat in seinem ursprünglichen globalen Anspruch nicht bestehen können (vgl. MYRTEK, 1985). Dies mag auch durch eine unzureichende Diagnostik in einigen Studien bedingt sein. Ursprünglich ist die Diagnose Typ A über ein spezielles Interview gestellt worden, für das eine aufwendige Interviewer-Schulung erforderlich war. Unter anderem aus Ökonomiegründen sind in späteren Untersuchungen jedoch häufig Fragebogen eingesetzt worden, mit denen man hoffte, ähnlich reliable Aussagen über die Typisierung vornehmen zu können. Da die diagnosespezifischen Verhaltensweisen in der sozialen Belastungssituation des Typ-A-Interviews durch Fragebogen jedoch nicht sicher abbildbar sind, besteht hier eine grundsätzliche Schwierigkeit der Replikation von Ergebnissen.

Außerdem enthält das komplexe Merkmal des Typ-A-Verhaltens divergierende Komponenten, die nicht leicht gemeinsam zu erfassen sind. Einige zentrale Verhaltensweisen dieses Konzepts sind dennoch vermutlich von wesentlicher Bedeutung für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit. Dazu gehört insbesondere die Kombination von Ärger mit Feindseligkeit und Aggression. Für ein umfassendes Verständnis psychischer Risikofaktoren und ihre Behandlung und Prävention sind darüber hinaus emotionale Faktoren wie Angst und Depressivität sowie relevante Lebensereignisse und individuelle biographische Konstellationen von Bedeutung. Daher wird beson-



ders im klinischen Kontext weiterhin häufig auf ein so modifiziertes Typ-A-Konzept zurückgegriffen.

## 2. Definition, Symptomatik und Verlauf

Das klassische pathogenetische Modell (ausführliche Darstellung bei SCHAPER, 1984) postuliert eine thrombotische Genese auf dem Boden vorbestehender Schädigung der Koronarien. Diese klassische Vorstellung wird ergänzt durch die Hypothese, daß auch arterielle Spasmen zu einer ausgeprägten Ischämie des Myokards mit konsekutivem Gewebsuntergang führen können, sowie durch die Berücksichtigung metabolischer Veränderungen. Damit wird dem schon früher (RAAB, 1953) ausgiebig diskutierten unmittelbaren Einfluß vegetativer Fehlsteuerungsmechanismen wieder ein größeres Gewicht beigemessen. Symptomatologisch ist die Angina pectoris vom Myokardinfarkt und vom plötzlichen Herztod zu unterscheiden. Dieser ist als unerwarteter natürlicher Tod kardialer Ursache definiert, der unmittelbar oder innerhalb von sechs Stunden (nach WHO-Definition 24 Stunden) nach dem Beginn der akuten Symptomatik eintritt (ELIOT, 1979). In der Mehrzahl der Fälle besteht eine ausgeprägte koronare Herzkrankheit. RABKIN et al. (1980) berichten, daß der *plötzliche Herztod* montags besonders häufig auftritt, in 26 Prozent der Fälle aller Wochentage. Es ist nicht bekannt, woran dies liegt. Vorstellbar ist, daß der Wechsel vom Wochenende zu wieder einsetzender Arbeitsbelastung hierzu beiträgt. Pathogenetisch ließe sich dies als Folge einer überschießenden Katecholaminausschüttung in gedanklicher und emotionaler Antizipation der Alltagsbelastung erklären.

Katecholamine führen durch Vasokonstriktion und Zunahme der Gerinnbarkeit des Blutes zu einer deutlichen Erhöhung des Risikos, bei vorbestehender koronarer Herzkrankheit einen Myokardinfarkt zu erleiden. Zusätzlich ist die Empfindlichkeit des Myokards gegenüber Arrhythmien gesteigert. Patienten, die an plötzlichem Herztod sterben, lassen sich jedoch anhand ihres Persönlichkeitsprofils nicht von anderen KHK-Patienten unterscheiden, da beide Gruppen eine hohe Prävalenz für die gleichen Risikofaktoren haben. Mit dem plötzlichen Herztod eng

in Verbindung steht das *Kammerflimmern* mit vorausgehender elektrischer Instabilität des Myokards sowie ventrikulärer Extrasystolie (LOWN u. DE SILVA, 1978). Kammerflimmern führt über eine Beeinträchtigung der Pumpfunktion zum Stillstand des Blutflusses. Ohne Wiederbelebungsmaßnahmen tritt der Tod innerhalb von Minuten ein. Die zugrundeliegende elektrische Instabilität ist im EKG nicht erkennbar und kündigt sich höchstens durch ventrikuläre Extrasystolie an. Der plötzliche Herztod ist mit höheren Graden dieser ventrikulären Rhythmusstörungen verknüpft. Auf dem Boden einer der oben beschriebenen Vorschädigungen kann psychischer Streß – zentralnervös vermittelt – zu einer zusätzlichen elektrischen Destabilisierung des Myokards führen (WEISS et al., 1991). Die Prognose der koronaren Herzkrankheit wird durch die gleichen Risikofaktoren bestimmt, die auch ätiologisch bedeutsam sind. Verläufe sind im Einzelfall dennoch schwer vorherzusagen und schwanken zwischen «Sekundenherztod» und chronischer Begrenzung der Leistungsfähigkeit des Herzens bei sonst uneingeschränkter Lebensfähigkeit.

Gerade diese wenig wägbaren Verläufe tragen dazu bei, daß die KHK oder der Myokardinfarkt in den Augen der Patienten eine sehr angstbesetzte Erkrankung darstellt.

## 3. Epidemiologie

Die Infarkthäufigkeit hat in Deutschland ähnlich wie in anderen Industrieländern seit Ende des letzten Jahrhunderts stark zugenommen (SCHÄFER u. BLOHMKE, 1977). Dieser Anstieg hat bis 1981 angehalten, wobei in den letzten Jahren ein Stillstand in der Entwicklung der Inzidenzrate zu verzeichnen ist. Nach den Unterlagen des statistischen Bundesamtes sind im Jahr 1993 in Deutschland über 50000 Todesfälle bei Männern und über 38000 bei Frauen durch Herzinfarkt aufgetreten. Das sind etwa 13 Prozent (bei Männern) bzw. acht Prozent (Frauen) aller natürlichen Todesfälle. Aus den angelsächsischen Ländern USA, Kanada, Großbritannien und Australien wird bereits seit einigen Jahren ein leichter Rückgang berichtet (MARMOT, 1982). Dieser Rückgang wurde zuerst bei jüngeren Patientengruppen bemerkt und dürfte daher eher auf die intensiv durchgeführten Präventionsmaßnahmen zurückzuführen sein als auf verbesserte Akutbehandlung. KOLENDA (1987) weist mit Recht darauf hin, daß für den behandelnden Arzt ins-

besondere die Zahl derer, die einen Myokardinfarkt überleben, von Bedeutung ist; sie liegt in der alten Bundesrepublik bei 150 000 bis 200 000 jährlich. Bei weiteren 250 000 Patienten wird in jedem Jahr eine koronare Herzkrankheit ohne Infarkt festgestellt (BUCHHEIM, 1983).

## 4. Psychosomatik

### 4.1 Psychodynamik und Persönlichkeitsbild

Eine der ersten Persönlichkeitsbeschreibungen von Koronarpatienten stammt aus dem Jahre 1868 (VON DUSCH, 1868). Dort werden Übergewicht durch reichliche Ernährung und Bewegungsmangel sowie «leidenschaftliche Aufregungen, heftiges, lautes Reden» neben beruflichen Belastungen und Tabakrauch als prädisponierende Faktoren vermutet. Mit zunehmender Häufigkeit der Erkrankung mehrten sich auch die Annahmen über «den Koronarkranken». Heute lassen sich vor allem eine psychodynamische und eine lerntheoretisch fundierte Betrachtungsweise unterscheiden.

Die lebensgeschichtlich psychodynamische Forschungsrichtung wurde von ARLOW schon 1945 betrieben, der bei seinen Patienten eine ödipale Problematik beobachtete.

Sie ist gekennzeichnet durch Rivalität gegenüber dem Vater, die ihren Ausdruck in dem Versuch finden kann, sich mit ihm zu identifizieren oder ihn wo irgend möglich zu übertreffen. Letztlich gelingt jedoch dieser Versuch nur unvollkommen, da der Vater dabei nicht als reale Person gesehen wird, sondern das Bild des Vaters aus der Perspektive des kleinen Jungen stets als mächtiger und vollkommener erlebt wird. ARLOW faßte diese ungelöste ödipale Problematik in folgende Metapher: Der KHK-Kranke paradiert in dem zu weiten Mantel seines Vaters. Gemeint ist hiermit der Konflikt zwischen Wünschen und Befürchtungen bezüglich der Identifikation mit der Vaterfigur (ARLOW, 1945).

Diese Problematik führt zu einer neurotischen Fixierung und kann sich klinisch in vielgestaltiger Form zeigen, nicht nur in einer koronaren Herzkrankheit. Zu den psychosomatischen Auswirkungen gehört häufig eine fehlangepaßte psychische und vegetative Re-

aktion auf Belastungssituationen, in denen die jeweiligen Konflikte aktualisiert werden.

So kann sich beispielsweise eine neurotisch bedingte Fixierung auch in einer Unfähigkeit zum spielerischen Umgang mit problematischen Situationen zeigen, wie wir sie bei Koronarpatienten häufig finden.

Im Kontakt mit diesen Personen fällt auf, daß sie eine Ernsthaftigkeit an den Tag legen, die mitunter an Verbissenheit grenzt. Normen werden als unumstößlich angesehen, Aufgaben werden akribisch, geradezu «150prozentig» durchgeführt. Kommen diese Patienten in die Rehabilitationsklinik, werden die Übungen der Bewegungstherapie als «Kinderkram» abgewertet, wenn sie den Leistungsansprüchen der Patienten nicht entsprechen. Wenn solche Personen bereit sind, sich auf Spiele einzulassen, so nur unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs, in dem die Gelegenheit gesehen wird, sich als der Bessere zu beweisen. Diese Patienten laufen im wahrsten Sinne des Wortes «jedem Ball hinterher» und ertragen den spielerischen Umgang mit der Konkurrenzsituation nur sehr schwer.

Psychodynamisch wird dies von MOERSCH et al. (1980) als eine neurotisch bedingte Fixierung auf eher präödigalem Niveau beschrieben. Sie fanden, daß Koronarpatienten sich besonders bemühen, einen subjektiven Mangel an Sicherheit und Fürsorge, aber auch Enttäuschung und Kränkung durch äußeren Erfolg und Besitz zu kompensieren. Die Patienten versuchen also, Größenphantasien zu realisieren, die schon zum prämorbidem Verhalten beigetragen haben mögen. Dies kann jedoch nie wirklich gelingen, zumal häufig schon bei geringen Versagungen Probleme des Selbstbewußtseins und der Unabhängigkeit auftreten.

Obwohl die zugrundeliegenden Konzepte unterschiedlich sind, wird dieses Verhalten phänomenologisch häufig als Typ-A-Verhalten imponieren.

Daß hier Erziehungseinflüsse eine große Rolle spielen, liegt nahe. Es wurde daher versucht, die Besonderheiten in den Familien späterer Koronarpatienten zu erkennen. Dabei zeigte sich beispielsweise, daß Mütter von Typ-A-Patienten in Familienuntersuchungen (PETZOLD u. REINDELL, 1980) gegenüber ihren Kindern als besonders streng, fordernd und einengend geschildert werden, die Väter als stark und mächtig. Die Beziehung zwi-

schen den Eltern selbst wurde als dicht, aber nicht sehr zärtlich beschrieben. Autoritätsprobleme träten häufig auf, oft verknüpft mit hoher Leistungsanforderung.

In ihren Untersuchungen, überwiegend an Protestanten und Menschen mit höherer Schulbildung, fanden BAHNE BAHNSON und WARDWELL (1962) Zeichen von Identitätsstörungen mit Vorherrschen der unbewußten weiblichen Identifikation. Dies führten die Autoren auf eine fehlende Verfügbarkeit der Väter als Identifikationsobjekt zurück.

Dies ist nur scheinbar ein Gegensatz zu den eben erwähnten starken und mächtigen Vätern. Beide, sowohl überpräsenste Väter wie solche, die sich real oder psychisch entziehen, erschweren eine realitätsgerechte Auseinandersetzung des Kindes mit der väterlichen Autorität. Das Kind ist auf unkorrigierbare, bisweilen sogar traumatische Erlebnisse oder aber seine eigenen Phantasien angewiesen. Das Resultat sind innere Konflikte mit Angst und ambivalenter Beziehungsgestaltung, insbesondere Autoritätsprobleme und ein instabiles Selbstbild. Das so dargelegte Problem der Identität führt nach den Autoren fast zwangsläufig zu Beziehungsstörungen mit allen daraus resultierenden Belastungen.

Psychoanalytisch orientierte Untersuchungen zur lebensgeschichtlich bedingten Verletzbarkeit späterer KHK-Kranker kommen in den letzten 15 Jahren allerdings nur spärlich vor.

#### 4.2 Risikofaktoren und krankheitsauslösende Faktoren

Neben den Befunden zum *Typ A* sind andere unspezifische Risikofaktoren angenommen worden: Angst (CAY, 1982), der Verlust der körperlichen Integrität (wie beispielsweise nachlassende Leistungsfähigkeit), Schuldgefühle wegen eigener Aggressionen, depressive Gefühle, passiv-hypochondrische Haltungen (SPEIDEL et al., 1985), überprotektive bzw. latent feindselige Haltung der Ehefrau, ein drohender sozialer Statusverlust, Furcht vor sexuellem Versagen.

In einer Vielzahl von Untersuchungen wurde gezielt versucht, auslösende Bedingungen für einen Myokardinfarkt zu analysieren. Als bedeutsame *Prodrome* stellten sich in Studien von APPELS (z. B. 1983) Symptome im Sinne vitaler Erschöpfung heraus. Dazu zählen ins-

besondere Depression, Vitalitätsverlust, Sorge um die Gesundheit, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, Irritierbarkeit, Schlafstörungen und Rückzugsverhalten. Ungeklärt bleibt jedoch, ob diese Symptome als Manifestation einer (evtl. präklinischen) koronaren Herzkrankheit oder als eigenständige Risikofaktoren anzusehen sind.

Einen anderen Zugang wählte BERGMANN (1993), der die Bedingungen der klinischen Erstmanifestation einer koronaren Herzkrankheit untersuchte. In dieser Untersuchung erschienen vier Skalen eines Narzißmusfragebogens besonders bedeutsam, die Ausprägungen des Selbstregulationssystems darstellen. Dazu gehören Gier nach Lob und Bestätigung, Sehnsucht nach dem idealen Selbstobjekt, Affekt- und Impulskontrollverlust sowie eine Skala des Werte-Ideals. In Kombination mit klassischen somatischen Risikofaktoren ließen sich durch die Ausprägung dieser Skalen 37 Prozent der Varianz des Alters erklären, in dem die ersten typischen Symptome einer koronaren Herzkrankheit auftraten.

Mit der früher umgangssprachlich benutzten, aber sachlich unzutreffenden Bezeichnung «Managerkrankheit» wurde die Aufmerksamkeit in der Suche nach Ursachen der koronaren Herzkrankheit auf das Berufsleben zentriert. Tatsächlich widerspiegeln sich anhaltende *Belastungen des Berufslebens* in der Infarkthäufigkeit auffällig (BOLM-AUDORFF, 1983). So ist beispielsweise seit längerem bekannt, daß Verkehrsberufe ein größeres Infarktrisiko enthalten. Aber auch im Bergbau beschäftigte Personen sind stärker gefährdet. Als mögliche Einflußgrößen werden Lärm, Schichtarbeit inklusive Nachtarbeit, Arbeit im Gruppenakkord und Kohlenmonoxyd-Belastung diskutiert. Am anderen Ende der «Skala» gefährlicher Berufe sind Landwirte, Landarbeiter und Gartenbauer angesiedelt, deren körperlich anstrengende Arbeit gerade durch das Fehlen von Nacht- und Schichtarbeit, durch geringeren Lärm und geringere Schadstoffbelastung gekennzeichnet ist. Berufliche koronare Risikofaktoren zeichnen sich dadurch aus, daß häufig durch Störungen unterbrochene Arbeit unter Zeitdruck und mit zugleich geringem Entscheidungsspielraum bei

übersteigertem Leistungsbestreben (SIEGRIST, 1989) geleistet wird. Ganz besonders für die Unterschicht treffen diese Bedingungen in den letzten Jahrzehnten immer mehr zu, so daß die koronare Herzkrankheit hier auch inzwischen entsprechend häufiger vorkommt.

Aus dem Streßkonzept entwickelte sich eine eigenständige Forschungsrichtung, die *Life-Event-Forschung*, die nach Voraussetzung und Bedingung für den Krankheitsausbruch sucht. Eine Hauptschwierigkeit der zu diesem Thema existierenden Untersuchungen ist der Umstand, daß fast ausschließlich retrospektive Studien vorliegen und die wenigen prospektiven Studien im Beobachtungszeitraum nur wenige koronare Ereignisse aufweisen. So gibt es beispielsweise Hinweise, daß in den ersten sechs Monaten nach dem Tod der Partnerin zwei Drittel mehr Todesfälle durch koronare Herzkrankheit auftreten als bei gleichaltrigen Kontrollpersonen (PARKES et al. 1969). Auch Veränderungen wie unfreiwilliger beruflicher Wechsel oder sozialer Abstieg scheinen mit einem erhöhten koronaren Risiko einherzugehen. Umgekehrt hat eine Veränderung der Lebensgewohnheiten im Sinne einer Reduzierung verhaltensassoziierter Risikofaktoren nachgewiesenermaßen günstige Effekte (s. u.).

Die *soziale Unterstützung*, die innerhalb bestimmter Schichten in sehr unterschiedlichem Maße realisiert wird, hat sich als ein wichtiger Aspekt herauskristallisiert. So berichteten WOLF und GODELL (1976), daß das Myokardinfarktrisiko in der Stadt Roseto in Pennsylvania geringer als in der Umgebung sei. Sie fanden hier eine besondere Sozialstruktur in der italienischstämmigen Bevölkerung Rosetos im Vergleich zu anderen Orten, während es in bezug auf die wichtigen Eßgewohnheiten und traditionellen Risikofaktoren keine Unterschiede gab. Familiäre und nachbarschaftliche Beziehungen waren deutlich ausgeprägter als in ansonsten vergleichbaren Orten der USA. Eine genetische Grundlage für diese Auffälligkeit war unwahrscheinlich, da sich bei ehemaligen Einwohnern Rosetos nach Umzug in eine andere Stadt die KHK-Inzidenz an die neue Umgebung anglich. Ebenfalls in den USA fanden sich zwischen den Staaten Nevada und Utah bei ähnlicher

Bevölkerungsdichte unterschiedliche Haltbarkeit von Beziehungen und ein qualitativ sehr unterschiedliches soziales Netz und parallel dazu eine drastische Differenz in der Häufigkeit von Koronarerkrankungen. Dies läßt sich ebenfalls als Hinweis auf die bedeutende Rolle sozialer Einflüsse erklären.

Als letztes Beispiel für die vielen untersuchten sozialen Faktoren soll über die Bedeutung der *Ehefrauen* und interpersonaler Beziehungen berichtet werden, die GROEN et al. (1968) und MEDALIE et al. (1973) in einer prospektiven Studie in Israel untersuchten. Ihnen zufolge ist das größere KHK-Risiko von Angehörigen der Unterschicht vor allem darin zu suchen, daß sie ein schlechteres soziales Netz mit geringerer sozialer Unterstützung haben (MARMOT, 1982; SCHMIDT et al., 1990).

Es gibt unterschiedliche Versuche, die große Zahl von Einflußfaktoren oder Auslösern zu systematisieren und in ein übergeordnetes Konzept einzureihen. Dabei finden grundsätzlich die gleichen Merkmale Berücksichtigung, die in den vorangegangenen Abschnitten vorgestellt wurden. Lediglich die Einordnung und der jeweilige Stellenwert werden nicht immer gleich gesehen. Nur beispielhaft sollen drei bislang einflußreiche Hypothesengebäude vorgestellt werden.

1965 fassen GROEN und Mitarbeiter die Aspekte der krankheitsauslösenden Faktoren nach Untersuchungen mit ausführlichen biographischen Anamnesen von Herzinfarktpatienten in folgende Hypothese zusammen: Das Infarktgeschehen ist als Ergebnis des Zusammentreffens dreier Faktoren zu sehen: 1. spezifische, durch Erbfaktoren und individuelle Erfahrung bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, 2. Konfliktsituationen in Familie und Beruf, 3. persönlichkeitsbedingte Weise der Reaktion auf diesen Konflikt. Menschen mit den beschriebenen Persönlichkeitsmerkmalen allein werden keinen Herzinfarkt erleiden. Verläuft z. B. ihr Dominanzstreben so, wie sie es sich wünschen (z. B. in der Familie), erhalten sie wenig Widerspruch, oder wird es gar honoriert (z. B. im Beruf), oder werden die resultierenden Gefühle – auch um den Preis, daß andere Menschen oder Angehörige beeinträchtigt werden – ausgedrückt, wird es noch nicht zur Erkrankung kommen. Erst das Zu-

sammentreffen aller drei Faktoren, Persönlichkeit, zwischenmenschlicher Konflikt und Unterdrückung des Verhaltens, ruft die Krankheit hervor.

Von LEVI (1971) wurde der Prozeß der koronaren Herzkrankheit im Zusammenhang mit Belastungssituationen in den Vordergrund gerückt. Daher hat er in einem komplexen kybernetischen System ein *Streßkonzept* zur Entstehung des Herzinfarktes ausgearbeitet. Er unterscheidet dabei eine Alarm- und Widerstandsphase und das eigentliche Adaptationssyndrom mit der krankheitsrelevanten Erschöpfungsphase. Mit dem Konzept des «psychosozialen Streß» verbindet er Angst vor geforderter Leistung und vor Versagen, aber auch vor sich dahinter verbergendem Sicherheitsverlust und vor Entfremdung. LEVI schlägt ein Modell vor, in dem die Erkrankung als das Ergebnis einer Reaktionskette dargestellt wird: Ausgehend von sozialen Faktoren, Prozessen in der Familie, am Arbeitsplatz usw. erlebt und verarbeitet das Individuum diese Vorgänge. Diese Verarbeitung ist durch psychobiologische Programme bestimmt – hierzu zählen Einflüsse des Lernens und frühkindlicher Prägung. Es kommt bei entsprechenden sozialen Reizen in Auseinandersetzungen mit den psychobiologischen Programmen zu Streßreaktionen, die mit der Krankheitsauslösung in direktem Zusammenhang stehen. Für den Fall der koronaren Herzkrankheit bedeutet dies unter anderem die Aktivierung all jener Verhaltensweisen unter Belastungsbedingungen, die zu den Risikofaktoren gerechnet werden müssen. Ein erhöhtes sympathisches Erregungsniveau führt zu einer verstärkten Katecholaminausschüttung mit Blutdruckerhöhung und intensiver Lipolyse als Folgen. Zur «Bekämpfung der Erregung» wird möglicherweise der Nikotinkonsum oder die Kalorienzufuhr erhöht. Um mit den täglichen Belastungen fertig zu werden, wird körperliche Betätigung auf ein Minimum reduziert.

Eine andersartige Integration und Ordnung dieser Vielzahl von Risikofaktoren ist in dem *Risikofaktorenmodell* von SCHÄFER und BLOHMKE (1977) unternommen worden. Darin werden aus epidemiologischen Stu-

dien stammende genetische, biographische, soziale, psychische und somatische Daten in ihrem Zusammenwirken in der Genese der koronaren Herzkrankheit betrachtet.

Diese Faktoren werden in acht Ebenen geordnet, deren unterste das Endereignis Myokardinfarkt bzw. Angina pectoris darstellt. Als unmittelbar darüber (auf der 7. Ebene) angeordnete Einflußfaktoren werden vasokonstriktische Vorgänge, myokardiale Stoffwechselprozesse und die Koronarsklerose angesehen. Letzte ist vor allem von Blutdruck, Lipiden, Blutzucker und Gerinnungsaktivität (Ebene 6) abhängig. Diese Parameter sind einerseits durch vegetative Regulationsvorgänge, andererseits auch direkt von bestimmten Verhaltenweisen beeinflusst. Dazu gehören beispielsweise das Rauchen, bestimmtes Eßverhalten (Übergewicht, Salzkonsum, Cholesterin) und Bewegungsmangel, die häufig nicht unabhängig voneinander auftreten (Ebene 5). Sie stellen vielfach einen großen Teil des individuellen Antwortverhaltens auf Belastungssituationen dar (Ebene 4). Dazu gehören aber auch feindseliger Umgang mit anderen, Konkurrenzverhalten oder andere unter Typ A bereits erwähnte problematische Verhaltenweisen. Als bestimmend für dieses Verhalten in Belastungssituationen werden personenbezogene Variablen angesehen, wie etwa Angst, Aggressivität, Unzufriedenheit oder Sorgen (Ebene 3). Die darüber liegende Ebene 2 sozialer Einflußfaktoren (soziale Schicht, Beruf, sozialer Wandel, Mobilität) wird dann lediglich von genetischen und allgemeinen Umweltfaktoren (Ebene 1) überformt.

Hiermit ist also ein multifaktorielles und hierarchisches Krankheitsmodell zur Erklärung beschrieben. Auf diese Weise wird neben klassischen physiologischen Faktoren insbesondere auch die ganze Bandbreite psychosomatischer Einflußgrößen (vegetative Vorgänge, Emotionen, psychologische Variablen, psychosoziale Einflüsse) berücksichtigt und in ein pathogenetisch begründbares Modell integriert.

## 5. Psychotherapie

Für die psychosomatische Therapie sollten primär- von sekundär- und tertiärpräventiven Zielen unterschieden werden. Dabei bezieht sich Primärprävention auf Maßnahmen zur Verhinderung, Sekundärprävention auf solche zu Schadensbegrenzung und Tertiärprävention auf Minimierung der Folgen der Erkan-

kung. Neben den allseits geläufigen *Änderungen des Lebensstiles* (mehr Bewegung, gesündere Ernährung, Verzicht auf Zigaretten) ist für den Koronarpatienten von besonderer Bedeutung, seine Lebensziele zu überdenken, Konfliktpotentiale aufzuspüren und seine Fähigkeit zu verbessern, mit diesen Konflikten umzugehen, ohne sich dadurch in kardiovaskuläre Gefahren zu bringen.

Generell bedürfen die Prävention, Therapie und Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit oder Myokardinfarkt der Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, wobei diese Verhaltensaspekte, Persönlichkeitsmerkmale, Depression, Angst, Beziehungsdefizite, berufliche und biographische Faktoren ebenso einschließen soll wie unbewußte Konflikte und Identitätsprobleme. Diese Faktoren werden jedoch häufig von Ärzten ebensowenig wahrgenommen wie von den Patienten selbst und ihren Angehörigen. Dadurch wird eine angemessene Bearbeitung naturgemäß erschwert. Selbst wenn psychosozialen Faktoren der Stellenwert eingeräumt wird, der ihnen neben rein somatischen Faktoren zukommt, bedeutet die Vielzahl der Faktoren eine Überforderung der Diagnostiker und Therapeuten. Zusätzlich erfordert die zeitliche Differenzierung in präklinische, Akut- und Rehabilitationsphase die Berücksichtigung unterschiedlicher Therapieziele. Dabei liegen ähnliche oder gleiche Beziehungs- oder Verhaltensmuster ätiologisch zugrunde und sind zu berücksichtigen. So kann eine für den Patienten initial indizierte «Ruhigstellung» ihn später sozial isolieren und einen Streß darstellen. Andererseits kann in einer frühen Phase der Behandlung das ungefilterte Erleben der Umgebung auch einen Streß darstellen, wenngleich in dieser Situation die Realitätswahrnehmung besser verwirklicht sein mag.

Bei einem großen Teil der Infarkt-Patienten wird die *psychische Verarbeitung* des akuten Myokardinfarkts nach einem Schema beschrieben, das die Aufeinanderfolge von Angst, Verleugnung und Depression postuliert (CASSEM u. HACKETT, 1971). Im weiteren Verlauf reagieren die einzelnen Personen jedoch durchaus unterschiedlich. Der Versuch einer Klassifizierung dieser Verhaltensweisen führte wiederholt zu einer Dreiteilung, die zwei Gruppen von problematischen Patienten einer unproblematischen («soziablen») gegenüberstellt. Bei den beiden ersten Gruppen werden «impulsiv-aggressive» und «regressiv-ängstliche» differenziert (ALTMANN-HERZ et al., 1983).

## 5.1 Präklinische und Akutphase

Das Verhalten des Patienten in der *präklinischen Phase* ist von großer Bedeutung: Ärztliche Hilfe wird beispielsweise keineswegs von allen Koronarpatienten gleichermaßen in Anspruch genommen. Selbst die Lebensbedrohung durch einen akuten Myokardinfarkt wird gelegentlich als «Befindlichkeitsstörung» verbucht und der Arztbesuch auf die «nächste Gelegenheit» verschoben. Hierfür sind vermutlich mehrere Faktoren verantwortlich zu machen. Wesentlich beteiligt sein dürfte die Bewertung von Krankheit allgemein und besonders der erlebten Herzkrankheit. So wird es sich unterschiedlich auswirken, ob ein Patient die Krankheit beispielsweise als Strafe für früheres Verhalten auffaßt, darin ein Warnzeichen zur Umkehr sieht oder den Infarkt als «Ehrenzeichen» für seinen geleisteten Arbeitseinsatz betrachtet. Dabei beschränken sich die Auswirkungen nicht allein auf das psychische Befinden als eine Dimension der Lebensqualität, sondern beeinflussen ebenso die Einstellung zu körperlicher Betätigung und die Befolgung ärztlicher Therapieempfehlungen.

In der *Akutphase* gerät der Behandelnde dabei in den möglichen Konflikt, sich dem Patienten gegenüber überfürsorglich oder restriktiv zu verhalten (DOMINIAN u. DOBSON, 1969, vgl. Kap. V.B.). Andererseits kann es in der Auseinandersetzung mit der leugnenden Haltung des Patienten zu einer Kollision insofern kommen, als der Arzt den Patienten seiner Verleugnung zu früh und unangemessen berauben will. Die Angst der Kranken will einerseits erkannt und aufgefangen werden, andererseits führt ihre alleinige Berücksichtigung dazu, daß die im Sinne der längerfristigen Krankheitsverarbeitung ungünstigen Leugnungsprozesse – die zu Anfang sicherlich notwendiger sind – unterstützt werden.

Als Lösung wird vorgeschlagen, daß der Behandler hier mit eigenen Ängsten über Erkrankung oder zukünftigen Tod «mit sich ins reine» kommen, diese bedenken und in die Handlung einbeziehen solle, ohne ihnen zu erliegen oder sie gar zu verleugnen: Es geht also um eine geeignete Handhabung der Gegenübertragung. Hier wird der Behandler in sei-

ner Vorbildfunktion herausgestellt, was natürlich in bezug auf eine Erfahrung des eigenen Selbst nicht geringe Anforderungen stellt. Auch der Rat, den Patienten in den krankheitsbedingt verstehbaren Abhängigkeitsbestrebungen bei zugleich zu verzeichnender pseudounabhängiger Leugnung der Not partnerschaftlich zu behandeln, klärend ihm hier zur Seite zu stehen, Schuldgefühle und Angst ebenso wie seiner Größenphantasie entspringende Leugnungstendenzen abzapfen, ist sicherlich idealistisch. Dies wird von vielen Ärzten auf entsprechenden Stationen schon deshalb als unrealistisch angesehen, weil ihnen der Mut und die Ermutigung zur Auseinandersetzung mit eigenem Leid, gar eigenem Tod fehlt oder von den Vorgesetzten nicht vorgelebt werden.

In diesem Zusammenhang sind *Gruppenprozesse innerhalb der Krankenhaushierarchie* zu berücksichtigen. Sie können sowohl in Richtung auf eine Offenheit als auch eine Restriktion bei Auseinandersetzungen verlaufen und sind fast immer für das jeweilige Klinikkollektiv charakteristisch. Zum Beispiel können Ansichten oder Verbesserungsvorschläge, aber auch Kritik und Beschwerden von Mitarbeitern gefördert werden, wenn über hierarchische Grenzen hinweg jedes Mitglied des Teams gleichermaßen ernst genommen und respektiert wird. Entsprechend wird sich die Bereitschaft zur Zusammenarbeit in der Betreuung der Patienten, zur gegenseitigen Unterstützung und zur Kompensation von unvermeidlichen Fehlern anderer deutlicher ausprägen. Dies trägt wieder zur Zufriedenheit mit dem Arbeitsklima insgesamt und zur Beziehungsgestaltung mit den Patienten bei. So setzen diese Gruppenprozesse dem einzelnen Arzt, der Schwester oder dem Pfleger Grenzen und Spielräume der Auseinandersetzung mit der Beziehung zum Kranken (MEYER, 1986). Die Kenntnis dieser Zusammenhänge hilft häufig, die so gesteckten Grenzen etwas zu erweitern oder zumindest, sie besser zu ertragen.

Angesichts der beschriebenen Schwierigkeiten, «kleine Psychotherapie» in die tägliche diagnostische und therapeutische Arbeit mit KHK-Kranken und Myokardkranken einzubauen, ist es um so mehr eine Aufgabe niedergelassener Ärzte und Klinikärzte, dies mit

Hilfe vertiefter psychosozialer Kompetenz, die beispielsweise durch BALINT-Gruppen, Teamsupervision und psychosomatische Liaisonstätigkeit erworben wurde, in die Tat umzusetzen.

## 5.2 Rehabilitationsphase

Unter dem Eindruck der wichtigen Ergebnisse der Framingham-Studie (KANNEL et al., 1964) gewann die Präventivmedizin im Bereich der Kardiologie in den Folgejahren zunehmend an Bedeutung. Dabei wurden primärpräventiv gesicherte Faktoren in sekundär- und tertiärpräventive Konzepte ohne eine empirische Fundierung übernommen. Dies wird als ein wichtiger Punkt der Kritik an rehabilitativen Maßnahmen in diesem Bereich angesehen.

Ein wesentliches Element aller Rehabilitationskonzepte stellt die *körperliche Aktivierung* dar. Die Entwicklung ging dabei über die Frühmobilisation im Akutkrankenhaus zur Frührehabilitation mit Betonung einer Bewegungstherapie in der Rehabilitationsklinik im Anschluß an die Akutkrankenhaus-Phase. Dieses Konzept findet gegenwärtig eine Fortsetzung in der Durchführung ambulanter Herzgruppen. Die Bewegungstherapie wird in der Regel durch psychotherapeutische Maßnahmen ergänzt (LANGOSCH, 1989).

Ein wichtiges, bislang selten thematisiertes Gefährdungspotential üblicher Bewegungstherapieprogramme besteht in einer ungewollten Verstärkung genau des Verhaltens, das auch bei der Infarktgenese als relevant diskutiert wird. C. HALHUBER (1980) sowie KOLLENBAUM und PRANGE-MORGENSTERN (1986) weisen auf die Neigung der Koronarkranken hin, ihre Leistungsmotivation auf bewegungstherapeutische Aktivität in ähnlich übermotivierter Intensität zu übertragen wie auf andere Bereiche zuvor. Auf diese Weise wird die Bewegungstherapie oft zu einem Vehikel für koronargefährdende Verhaltensweisen. Zusätzlich ist bei den Koronarpatienten zu bedenken, daß hier vermutlich das bekannte Verhaltensmuster angesprochen wird, nämlich extreme Leistung um den Lohn sozialer Anerkennung zu erbringen. Bedenkt

man den Modellcharakter des Arztes, ließe sich in Analogie zu ARLOW (1945) fast sagen, «der Kranke paradiert in dem zu weiten Mantel seines Arztes».

Ein Ausweg ergibt sich aus der Berücksichtigung der von ELIOT (1979) beschriebenen Ziele kardiologischer Rehabilitation:

1. Annahme der Krankheit,
2. Informationsgewinnung,
3. emotionale Unterstützung,
4. Erhöhung der Patienten-Compliance und
5. bestmögliche Funktionsausbildung.

Dies wurde in einem umfassenden Rehabilitationskonzept erstmals in einem Modellversuch als «Rehabilitationskonzept Holm» (vgl. KOLLENBAUM, 1990) aufgegriffen: Hier wird dosierte und *kontrollierte Bewegungstherapie in Kombination mit einem psychotherapeutischen Gruppenprogramm* angewandt, um eigene Möglichkeiten zu erkennen und eigene Spielräume zu nutzen. Im Verlaufe einer länger durchgeführten Bewegungstherapie-Gruppe ist es so möglich, während der Bewegungstherapie leicht auftretende Konkurrenzsituationen gezielt zu berücksichtigen, um neu erlerntes Verhalten gegenüber vermeintlichen Konkurrenten zu festigen. Durch eine intensive interozeptive Schulung sollen die Patienten zusätzlich in die Lage versetzt werden, eigene körperliche Belastung zunehmend sicher zu erkennen und auf die eigene momentane Belastbarkeit abzustimmen. Erst eine sichere Wahrnehmung läßt überhaupt einen eigenverantwortlichen Umgang mit körperlichem Training zu. Die Vorstellung, die sich mit diesem Training verknüpft, geht darüber hinaus von einer Generalisierung eines Verhaltensstiles aus, der das Akzeptieren von (Leistungs-)Grenzen betont.

*Entspannungsverfahren* sind ein wichtiger Bestandteil fast aller Angebote in deutschen Rehabilitationskliniken. Vorwiegend kommen Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON zum Einsatz, die sich grundsätzlich in der Wirkung nicht unterscheiden. Häufig wird ein Entspannungsverfahren in ein Therapieprogramm eingebettet, in dem konflikthafte und im Sinne von Risikofaktoren ungünstiges Verhalten thematisiert und bearbeitet

werden kann. Entspannung dient dabei häufig auch als ein Instrument zur Herstellung

einer hilfreichen Gruppenkohäsion und einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung.

### 5.3 Nachweisbare Effekte psychotherapeutischer Interventionen

FRIEDMAN et al. (1985) gelang in einer kontrollierten Studie eine *Reduzierung des Typ-A-Verhaltens*. Die Zahl koronarer Komplikationen konnte nach einem Jahr bei erfolgreichen Absolventen auf ein Viertel reduziert werden. Nach drei Jahren lagen die Komplikationen immer noch um 50 Prozent unter denen der Kontrollpatienten.

Das eindrucksvollste Beispiel der Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen auf den Verlauf der koronaren Herzkrankheit stellt die herausragende Studie einer Forschergruppe aus San Francisco dar (ORNISH et al. 1990). Bei bereits bestehender KHK konnte in einer prospektiven Studie ein koronarangiographisch gesicherter, statistisch signifikanter Rückgang der Stenosen ein Jahr nach einer gruppentherapeutischen Betreuung beobachtet werden, während bei Kontrollpersonen eine Zunahme zu verzeichnen war. Die Interventionsgruppe hatte zudem einen bedeutsamen Rückgang pektanginöser Beschwerden und eine Zunahme der körperlichen Belastbarkeit zu verzeichnen, während die Kontrollgruppe in beiden Parametern eine Verschlechterung hinnehmen mußte. Entscheidend für den Therapieerfolg war, daß es gelang, Patienten zu einer überdauernden *Änderung ihres Lebensstiles* zu motivieren. Die Intervention umfaßte eine vegetarische Diät mit niedrigem Fettgehalt, ein gezieltes Bewegungstherapie- sowie ein Nikotinentwöhnungsprogramm und ein Gruppenprogramm inklusive Streß-Management-Training. Dieses Training bestand im wesentlichen aus der Vermittlung von Techniken zur Entspannung und von Fertigkeiten, Gefühle mitteilen zu können. Die Kombination dieser Maßnahmen dürfte die oben beschriebenen Veränderungen bewirkt haben, die nach klassischen Vorstel-



lungen bisher kaum denkbar waren. Die Bestätigung dieser Befunde durch weitere Evaluationsstudien ist ein dringendes Anliegen psychosomatischer Forschung.

## Literatur

- ALTMANN-HERZ U, REINDELL A, PETZOLD E, FERNER H: Zur psychosomatischen Differenzierung von Patienten nach Herzinfarkt. *Z Psychosom Med* 29, 234–252, 1983
- APPELS A: The year before myocardial infarction. In DEMBROSKI TM, SCHMIDT T, BLÜMCHEN G (eds) *Biobehavioral bases of coronary heart disease*, p. 18, Karger, Basel 1983
- ARLOW JA: Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosom Med* 7, 195–209, 1945
- BAHNE BAHNSON C, WARDWELL WI: Parent constellation and psychosexual identification in male patients with myocardial infarction. *Psychol Reports* 10, 831–852, 1962
- BERGMANN G: Lebensalter und koronare Herzerkrankung – die Bedeutung psychologischer Faktoren für die klinische Erstmanifestation. *Habilitationschrift, Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg* 1993
- BOLM-AUDORFF U: Berufliche Belastungen und Koronare Herzkrankheit. RG Fischer, Frankfurt 1983
- BUCHHEIM P: Psychosomatische Ansätze bei der stationären Rehabilitation von Herzinfarkt-Patienten. In BÖNISCH E, MEYER JE (Hrsg.) *Psychosomatik in der Klinischen Medizin*, S. 28, Springer, Berlin 1983
- CASSEM NH, HACKETT TP: Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann Int Med* 75, 9–14, 1971
- CAY EL: Psychological problems in patients after a myocardial infarction. *Adv Cardiol* 24, 108–112, 1982
- DOMINIAN J, DOBSON M: Study of patients' psychological attitudes to a coronary care unit. *Brit Med J* 4 795–798, 1969
- DUSCH T VON: *Lehrbuch der Herzkrankheiten*. Engelmann, Leipzig 1868
- ELIOT RS (ed): *Stress and the major cardiovascular disorders*. Futura Publ, Mount Kisco 1979
- FRIEDMAN M, ROSENMAN RH: *Type A behavior and your heart*. AA Knopf, New York 1974
- FRIEDMAN M, GILL JJ, THORESEN CE, ULMER D: Alteration of type A behavior and its effect upon the cardiac recurrence rate in post-myocardial infarction patients. In MATHES P (ed) *Secondary prevention in coronary artery disease and myocardial infarction*, pp. 223–231, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht 1985
- GROEN J, VAN DER VALK JM, TREURNIET H, KITS VAN HEIJNGEN H, PESLER HE, WILDE JS: *Het acute myocardinfarct, een psychosomatische studie*. Bohn de Erven, Haarlem 1965
- GROEN JJ, MEDALIE JH, NEUFELDT H, RIJS E: On epidemiological investigation of hypertension and ischemic heart disease in Israel. *J Med Soc* 4, 775, 1968
- HALHUBER C: *Rehabilitation in ambulanten Koronargruppen – Ein humanökologischer Ansatz*. Springer, Berlin 1980
- KANNEL WB, DAWBER TR, FRIEDMAN GD, GLENNON WE, MCNAMARA P: Risk factors in coronary heart disease. An evaluation of several serum lipids as predictors of coronary heart disease; the Framingham Study. *Ann Int Med* 61, 888–899, 1964
- KOLENDA KD (ed): *Grundlagen der Rehabilitation Koronarpatienten*. Perimed, Erlangen 1987
- KOLLENBAUM VE: *Interozeption kardiovaskulärer Belastung bei Koronarpatienten. Ein Beitrag zur Rehabilitation Koronarpatienten*. Peter Lang, Frankfurt 1990
- KOLLENBAUM VE, PRANGE-MORGENSTERN I: Die Berücksichtigung der Krankheitsverarbeitung in der bewegungstherapeutischen Infarkt-rehabilitation. *Krankengymnastik* 38, 168–172, 1986
- LANGOSCH W: *Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit*. VCH Verlagsgesellschaft (edition medizin), Weinheim 1989
- LEVI L: Society, stress and disease. In *Psychosocial environment and psychosomatic diseases*. Oxford Univ Press, Oxford, 1971
- LOWN B, DE SILVA RA: Roles of psychologic stress and autonomic nervous system changes in provocation of ventricular premature complexes. *Am J Cardiol* 41, 979–985, 1978
- MARMOT MG: Socio-economic and cultural factors in ischemic heart disease. *Advanc Cardiol* 29, 68–75, 1982
- MEDALIE JH, SNIJDER M, GROEN JJ et al.: Angina pectoris among 10000 men. Five year incidence and univariate analysis. *Amer J Med* 55, 583, 1973
- MEYER W: Über den Umgang mit dem Tod auf der internistischen Station. *Psycho. Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie für Klinik und Praxis*, 12, 787–790, 1986
- MOERSCH E, KERZ-RUCHLING I, DREWS S, NERN RD, KENNEL K, KELLETER R, RODRIGEZ C, FISCHER R, GOLDSCHMIDT O: *Zur Psychopathologie von Herzinfarktpatienten*. *Psyche* 34, 493–588, 1980.
- MYRTEK M: Streß und Typ A-Verhalten, Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit? Eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychother Med Psychol* 35, 54–61, 1985
- ORNISH D, BROWN SE, SCHERWITZ LW, BILLINGS JH, ARMSTRONG WT, PORTS TA, McLANAHAN SM, KIRKEEIDE RL, BRAND RJ, GOULD KL: Can life-

- style changes reverse coronary heart disease? *Lancet* 336, 129–133, 1990
- PARKES CM, BENJAMIN B, FITZGERALD R: Broken heart: A statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 67, 740–743, 1969
- PETZOLD E, REINDELL A: *Klinische Psychosomatik*. UTB 991, Quelle & Meyer, Heidelberg 1980
- RAAB W: *Hormonal and neurogenic cardiovascular disorders*. Williams & Wilkins, Baltimore 1953
- RABKIN SW, MATHEWSON F, TATE RB: Chronobiology of cardiac sudden death in men. *J Am Med Assoc* 244, 1357–1358, 1980
- SCHAPER W: Pathophysiologie. In ROSKAMM H (Hrsg.) *Koronarerkrankungen*, S. 95, Springer, Berlin 1984
- SCHÄFER H, BLOHMKE M: *Herzkrank durch psychosozialen Streß?* Hüthig, Heidelberg 1977
- SCHMIDT TH, ADLER R, LANGOSCH W, RASSEK M: Arterielle Verschlusskrankheiten: Koronare Herzkrankheit, Apoplexie und Claudicatio intermittens. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONECKE OW, VON UEXKÜLL TH, WESIACK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 651, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- SIEGRIST J: Zur Sozio-Psycho-Somatik von Herz-Kreislauf-Risiken. *Psychother Med Psychol* 39, 10–14, 1989
- SPEIDEL H, BOLL A, DAHME B, GÖTZE P, HUSEKLEINSTOLL C, MEFFERT H-J, PRÜSSMANN K: Psychosozialer und medizinischer Status 3 bis 5 Jahre nach einer Herzoperation. In LANGOSCH W (Hrsg.) *Psychische Bewältigung der chronischen Herzkrankheiten*, S. 268–282, Springer, Berlin 1985
- SPEIDEL H, GRÄTZ S, STRAUSS B: Stress: ein behandelbarer Risikofaktor? *Schweiz Rundschau Med (Praxis)* 79, 115–119, 1990
- WEISS JN, NADEMANEE K, STEVENSON WG, SINGH B: Ventricular arrhythmias in ischemic heart disease. *Annals of Internal Medicine* 114, 784–797, 1991
- WOLF S, GOODELL H: *Behavioral Science in Clinical Medicine*. Springfield 1976

## A.4 Herzchirurgie

GISELA HUSE-KLEINSTOLL und HUBERT SPEIDEL

### 1. Einleitung

Die Herzchirurgie hat in den letzten 30 Jahren eine rasante Entwicklung durchgemacht, welche einerseits durch eine Senkung der Mortalität von anfänglich 30 Prozent auf weniger als fünf Prozent geprägt ist, andererseits durch eine starke Ausweitung der Operationskapazitäten und der Möglichkeit, die Operationsindikationen zu erweitern und immer ältere Patienten zu operieren. In den letzten 20 Jahren ist das Operationsalter für Patienten mit koronarer Herzkrankheit im Mittel um 10 Jahre auf 65 Jahre und für Patienten mit Herzklappenerkrankungen um 5 Jahre auf 54 Jahre gestiegen (WILLNER, 1992).

Die Operation am offenen Herzen birgt auch bei sehr sorgfältiger Planung und Durchführung körperliche und seelische Risiken, die in der Grundkrankheit, in den besonderen Umständen der Operation mit der Herz-Lungen-Maschine und in der emotionalen Bedeutung des Organs «Herz» liegen. Das «Herz als Sitz der Seele», der «Herzschmerz als Ausdruck von Todesangst und -sehnsucht», solche Metaphern beschreiben, wie sehr das Herz mit Vorstellungen von Leben und Tod verknüpft ist. Schließlich ist zu bedenken, daß durch die Operation bei gut 90 Prozent der Operierten die Funktion und die Lebensqualität zwar verbessert werden, die kardiale Grunderkrankung und ein Teil ihrer Komplikationen aber auch postoperativ bestehen bleiben und sich

mehr oder weniger begrenzend auf die Leistungsfähigkeit auswirken.

### 2. Epidemiologie

Im Jahre 1990 wurden in der BRD 44 364 Menschen am Herzen in 46 Zentren operiert. 87,4 Prozent aller Herzoperationen wurden mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Patienten mit koronarer Herzkrankheit bildeten die größte Diagnosegruppe mit 67,4 Prozent.

Die Mortalität bei Klappenoperationen liegt im Mittel bei 4,7 Prozent. Bei Doppelklappenersatz erhöht sich die Mortalität auf 8,8 Prozent und bei Dreifachklappenersatz auf 13,8 Prozent. Die Mortalität koronarchirurgischer Eingriffe mit der Herz-Lungen-Maschine wird mit 3,3 Prozent angegeben, die der Korrektur kongenitaler Herzfehler mit 6,5 Prozent. Operationen angeborener Herzfehler ohne Herz-Lungen-Maschine haben eine Mortalität von 2,2 Prozent. 13,4 Prozent der herzoperierten Patienten sind älter als 70 Jahre, 2,6 Prozent jünger als ein Jahr (KALMAR u. IRRGANG, 1991).

### 3. Psychische Störungen

Herzranke Patienten warten zum Teil lange auf eine Operation. Die *Wartezeit* ist abhängig von den vorhandenen Operationskapazitäten und innerhalb dieser von der Dringlichkeit der Operation, d. h. vom Stadium der klinischen Insuffizienz, von der Gefahr eines Reinfarktes, dem Ausmaß der Angina pectoris. In den

letzten Jahren haben sich die Wartezeiten und damit die Zeiten der Ambivalenz (Notwendigkeit der Operation einerseits und Angst vor der Operation andererseits) und Operationsentscheidung für die Patienten deutlich verkürzt. Wichtig ist, daß der Patient eine eigene positive Operationsmotivation entwickelt. Schon BAKST et al. (1966) beschreiben aus psychotherapeutischer Sicht präoperativ drei Gruppen von Problempatienten: depressive, bewußt oder unbewußt suizidale Patienten, Patienten mit akuten und chronischen Angstreaktionen sowie Patienten, deren kardiale Symptome eher gering, aber stark psychisch überlagert sind. Alle diese Patienten brauchen präoperativ psychotherapeutische Unterstützung. Neuere Untersuchungen zeigen, daß Patienten, die sich vor der Operation als emotional instabil, ängstlich, schlecht gestimmt, mit stärkeren vegetativen Störungen und einem Gefühl negativer sozialer Resonanz darstellen, auch im postoperativen Verlauf eine schlechtere Rehabilitation haben (BOLL u. SPEIDEL, 1993).

*Postoperative psychische Störungen* wurden erstmals 1954 von FOX et al. berichtet. Unter dem Namen «post-cardiac surgery delirium» oder «postcardiotomy delirium» wird der Eindruck eines einheitlichen postoperativen psychischen Syndroms vermittelt. Seit Ende der sechziger Jahre werden die postoperativen psychischen Störungen in unterschiedliche postoperative Psychosyndrome differenziert (KIMBALL, 1969; GÖTZE, 1980). Mittlerweile sind diese Störungen in den USA und Europa durch eine Reihe von Arbeitsgruppen nach einem gemeinsamen Standard untersucht worden (RODEWALD u. WILLNER, 1990).

Die Gesamtheit aller *früh-postoperativen psychischen Störungen* werden mit 40 bis 50 Prozent angegeben. Eigene Untersuchungen ergaben einen Prozentsatz von 51 Prozent. Sie teilten sich wie folgt auf: Vier Prozent der Patienten hatten postoperativ ein delirantes Syndrom, die große Mehrheit (33 %) hatte leichte psychoorganische Störungen, vier Prozent hatten schwere psychoorganische Störungen, neun Prozent ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom. Während die psychoorganischen Störungen direkt nach der Operation zu beob-

achten sind, treten paranoid-halluzinatorische Symptome nach einem symptomfreien Intervall verstärkt am zweiten und dritten postoperativen Tag auf (GÖTZE, 1980; GÖTZE et al., 1990).

STRENGE (1990) untersuchte die neurologischen Veränderungen zwei bis drei Tage nach koronaren Bypassoperationen. Bei 51 Prozent der Operierten fand er frühpostoperativ neurologische Veränderungen im Vergleich zum präoperativen Befund. Patienten, die Herz-Kreislauf-Probleme in der Anamnese hatten, waren häufiger auffällig. Ein Teil der neurologischen Befunde bildete sich ganz oder teilweise während der ersten postoperativen Woche zurück. NEWMAN et al. (1990) führten neuropsychologische Funktionstests mit Patienten vor und nach koronarchirurgischen Eingriffen durch. Acht Tage nach der Operation hatten 73 Prozent der Patienten schlechtere Ergebnisse als vor der Operation. Acht Wochen postoperativ war noch bei 37 Prozent eine Verschlechterung nachweisbar. Diese besserte sich nicht mehr wesentlich in den zwölf Monaten nach der Operation. Kognitiv gestörte Patienten haben mehr Angst und Depressivität im Vergleich zu Patienten ohne Einschränkungen (NEWMAN, 1992).

Die frühen postoperativen psychischen und neuropsychologischen Störungen sind multifaktoriell bedingt. Sie sind geschlechtsunabhängig, aber nicht unabhängig vom Alter der Patienten. Unauffällige Patienten sind im Schnitt fünf Jahre jünger als auffällige. Patienten mit psychoorganischen Störungen sind älter als Patienten mit Angstsyndromen (DAHME et al., 1982). STRENGE (1990) beschreibt ebenfalls eine altersabhängige Häufigkeit neuropsychologischer Funktionsstörungen nach Bypassoperationen.

Obwohl die Häufigkeit postoperativer psychischer Störungen gleich häufig bei Patienten mit Klappenoperationen und koronarchirurgischen Eingriffen sind, gibt es meßbare Unterschiede innerhalb der *Diagnosegruppen*. Patienten mit Ersatz der Aortenklappe haben mehr, aber leichtere Störungen, während Patienten mit Mitralklappenersatz schwerere psychische Störungen haben. Delirante Syndrome scheinen vor allem bei Herzklappenersatz vorzukommen (DAHME et al., 1982).

Die *Operation* mit der Herz-Lungen-Maschine ist trotz klinischer und technischer Fortschritte mit zahlreichen Risiken für das ZNS behaftet. Eine Fülle unterschiedlicher Faktoren wie Silikonpartikel, Edelmetallteilchen, Sterilisationsmittel (Formalin oder Äthylenoxid) oder PVC-Material können an sich oder über toxische Reaktionen in Verbindung mit dem Blutkontakt während der Perfusion zu Mikroembolien im Zentralnervensystem wie in anderen Organen führen. Gasbläschen, Ausflockungen von Perfusionszusätzen, Mikro- und Makroluftembolien können ebenfalls zu multiplen intraoperativen, zentralen Mikroläsionen führen. Weitere potentielle zentralnervöse Risiken sind niedrige arterielle, hohe zentralvenöse Drucke, extreme Blutverdünnung und Thrombozytenaggregate (LONGMORE, 1980). Funktionelle Beeinträchtigungen des ZNS entstehen schließlich auch durch Veränderungen im Wasser- und Elektrolythaushalt durch die Blutverdünnung während der Perfusion. Die Länge der Perfusionszeit, der Typ der Herz-Lungen-Maschine und der verwandten arteriellen Filter haben ebenfalls einen Einfluß auf die Häufigkeit neuropsychologischer Störungen (RODEWALD et al., 1990).

Unabhängig von den körperlichen Einflüssen auf das Zentralnervensystem ist die seelische Bewältigung einer Herzoperation sehr komplex. Für viele Patienten ist die Situation extremer *Abhängigkeit*, beispielsweise von Ärzten und Pflegepersonal, nur schwer zu ertragen, insbesondere für diejenigen, die auch sonst im Leben versuchen, Ängste durch aktiv kontrollierendes Verhalten zu vermindern. Zahlreiche Autoren fanden heraus, daß Patienten mit dominanten Persönlichkeitsmerkmalen häufiger frühpostoperativ delirant wurden (HELLER u. KORNFELD, 1986; LEVINE et al., 1987; GÖTZE et al., 1990). Andere Autoren beschreiben Patienten mit postoperativen psychischen Komplikationen als bereits vor der Operation rigider, verschlossener und beziehungsloser (TIENARI et al., 1984).

*Angst* und *Depression* im Vorfeld der Operation als Zeichen einer instabilen Angstabwehr und starker individueller Belastung sind Risikofaktoren für postoperative Störungen (GÖTZE et al. in WILLNER u. RODEWALD, 1990). Patienten, die im Vorfeld der Operation höhere Angstwerte hatten, waren besorgter im Hinblick auf ihre körperliche Gesundheit. Diese Patienten zeigten auch spätpostoperativ höhere Angst- und Depressionswerte. Umgekehrt entwickeln Patienten, die im Vorfeld der Operation mehr Vertrauen in ihre Ärzte haben,

vergleichsweise weniger psychopathologische Symptome. Sie sind weniger besorgt und nehmen leichter ärztlichen Rat und medizinische Hilfe an (STRAUSS et al., 1990).

Eine besondere Form postoperativer Depression wird als «Survivor Syndrome» (Überlebenssyndrom) bezeichnet. Diese Patienten hatten nicht erwartet, die Operation zu überleben. Nach der Operation waren sie häufig mit dem Tod nahestehender Personen beschäftigt. Die Depression kann bei diesen Patienten als Folge von *Schuldgefühlen* verstanden werden: Mit der unbewußten Annahme, daß nur einer überleben könne, glauben sie, indirekt den Tod des anderen verschuldet zu haben. Andere Patienten berichten über Phantasien von *Wiedergeburt*. Sie haben die Vorstellung, daß sie während der Operation mit dem Ausschalten ihrer Herzfunktion gestorben sind (BLACHER, 1982; BLACHER u. CLEVELAND, 1980). Diese Wiedergeburtphantasien drücken sich auch darin aus, daß einige Patienten den Operationstag als Geburtstag feiern. Ein Kollege übertrug diese Phantasie auf eine nach seiner Operation geborene Tochter, die er bewußt Renate (die Wiedergeborene) nannte.

## 4. Prognose

Unterschiedliche Phasen im postoperativen Verlauf der Operation erfordern unterschiedliche Formen der Anpassung. LEVINE et al. (1987) konnten zeigen, daß Patienten, die ihre Angst verleugneten, weniger Zeit in der Intensivstation verbrachten und während ihres stationären Aufenthaltes weniger Zeichen kardialer Dekompensation hatten. Im langfristigen Verlauf dagegen waren sie schlechter angepaßt als Patienten, die ihre Angst nicht verleugneten. Durch Verleugnung läßt sich die Angst immer dann gefahrlos abwehren, wenn eine intensive Betreuung realitätsgerechtes Verhalten garantiert. Langfristig aber müssen die Patienten diese Realitätsanpassungen selbst vollbringen, und erfahrungsgemäß gelingt dies Patienten mit starken Verleugnungstendenzen schlechter. Sie halten sich weniger an medizinische Verordnungen und benötigen längere stationäre Wiederaufnahmen.

Während Dominanz als Persönlichkeitseigenschaft zum Risikofaktor für frühpostoperative psychische Störungen wird, ist fehlende Dominanz ein Merkmal der passiv-abhängi-

gen Risikogruppe spätpostoperativer Wiedereingliederung (BOLL u. SPEIDEL, 1993).

Die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Bedingungen in unterschiedlichen Ländern sowie der persönliche und allgemeine psychosoziale Hintergrund sind für unterschiedliche Gipfel, z. B. in der Angst- und Depressionsmessung, verantwortlich. So hat sich innerhalb einer internationalen Vergleichstudie zeigen lassen, daß in einer deutschen Stichprobe die Angstwerte in testpsychologischen Untersuchungen am Ende der stationären Zeit im Durchschnitt niedriger waren als bei ausländischen (u. a. amerikanischen) Patienten. Dieser Befund ist am ehesten damit erklärbar, daß in den anderen Ländern Patienten nach dem stationären Aufenthalt unmittelbar den Belastungen ihres familiären und beruflichen Lebens ausgesetzt sind, während deutsche Patienten zunächst das Moratorium einer stationären Rehabilitationsbehandlung erleben (SPEIDEL, 1990).

Die psychischen Störungen im postoperativen Verlauf haben eine große Bedeutung für die *Rehabilitation*. Die Beziehungen zwischen präoperativen und spätpostoperativen psychischen Störungen sind enger als zwischen präoperativen und frühpostoperativen Störungen (SPEIDEL et al., 1982). Verschiedene Untersucher kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß etwa ein Viertel der Patienten im psychosozialen Bereich spätpostoperativ schlecht angepaßt ist (HELLER et al., 1982; STRAUSS et al., 1990). Da dies z. B. auch dem Anteil chronischer Schmerzpatienten nach Bandscheibenoperationen entspricht (HASENBRING, 1992), scheint es sich nicht um ein spezifisch herzchirurgisches Phänomen zu handeln. Diese Risikogruppe zeigt bereits im Vorfeld der Operation deutliche Zeichen psychischer und vegetativer Anspannung bei nichtdominantem, passiv-abhängigem Verhalten ohne die Fähigkeit, sich in Belastungssituationen aktiv schützen zu können (BOLL u. SPEIDEL, 1993).

Der chirurgische Eingriff hat bei älteren Patienten und bei Patienten mit langen Herz-Lungen-Maschinen- und Operationszeiten langfristige Auswirkungen auf die geistige Tätigkeit. 35 Prozent der neuropsychologischen Symptome nach koronarchirurgischen Eingriffen überdauern nach NEWMAN et al. (1990) ein Jahr. Besonders Patienten, die akademische Berufe haben, klagen drei bis fünf Jahre nach der Operation vermehrt über Kon-

zentrationen- und Gedächtnisstörungen sowie sehr schnelle Ermüdbarkeit in der beruflichen Tätigkeit.

Bemerkenswert ist, daß man sowohl mit klinischen als auch mit testpsychologischen Mitteln die früh- und spätpostoperative *Mortalität* vorhersagen kann. Die erste Untersuchung dazu stammt von KIMBALL (1969), der 38 Patienten präoperativ und bis zu 15 Monate postoperativ untersucht hatte. Die Patienten teilte er in vier klinische Gruppen ein («angepaßt», «symbiotisch», «ängstlich» und «depressiv»). Nach Ablauf der Beobachtungszeit fand er bei den als ängstlich Eingestuften eine 25prozentige, bei den als depressiv Beurteilten eine 75prozentige Mortalität.

Mit Hilfe eines psychometrischen Funktionstests, dem CLAT (Conceptual Level Analogy Test), konnte WILLNER (1990) die Mortalität in der postoperativen Krankenhausphase vorhersagen. WILLNER und RABINER (1982) hatten früher mit demselben Test die Fünf-Jahres-Überlebenszeit gut vorhersagen können.

## 5. Beratung und Psychotherapie

Die Wichtigkeit der *Operationsvorgespräche* von Chirurg und Anästhesist konnte wiederholt nachgewiesen werden. TRÄGER et al. (1982) finden eine deutliche Reduktion der präoperativen Nervosität und Depressivität nach diesen Gesprächen, wobei beide Gespräche zusammen effektiver sind als lediglich das Gespräch mit dem Chirurgen oder mit dem Anästhesisten allein. Besonders Patienten, die ihre Angst nicht verleugnen, bedürfen zur Reduktion ihrer präoperativen Angst dieser Gespräche.

Bei Patienten mit koronaren Bypassoperationen konnte gezeigt werden, daß präoperative Informationsgespräche Angst reduzieren, weil sie dem Patienten mehr Kontrollmöglichkeiten geben. Patienten, die auf diese Weise gut vorbereitet waren, hatten postoperativ bessere körperliche und seelische Verläufe; z. B. waren ihre Blutdruckwerte weniger erhöht (ANDERSON, 1987).

Trotz zahlreicher Hinweise auf die Bedeutung psychotherapeutischer Interventionen, insbesondere aus der Liaisonpsychiatrie, gibt es wenig systematische Forschungsergeb-

nisse zur Auswirkung *perioperativer Beratung* und Therapie der Patienten (HELLER u. KORNFELD, 1986; KIMBALL, 1982). In einer amerikanischen Untersuchung konnten PIMM und JUDE (1990) vor der Operation sowie drei Monate und drei Jahre nach der Operation eine signifikante Reduktion klinischer Depressionen durch präoperative Beratungsgespräche nachweisen. Die Hälfte von 104 Koronarpatienten erhielt eine vorbereitende präoperative Beratung und acht Wochen nach Entlassung wöchentliche Beratungsgespräche unter Einbeziehung der Partner und Familie, bei Bedarf auch im Hause der Patienten. Während die Anzahl der Depressionen, gemessen mit der BECK-Depressionsskala, postoperativ in der Kontrollgruppe ständig zunahm, ging sie in der Gruppe mit Beratungsgesprächen ständig zurück und hatte drei Jahre nach der Operation die niedrigsten Werte. Selbst wenn die Beratung durch ein Buch erfolgte, war ein positiver Effekt im Vergleich zur Kontrollgruppe nachzuweisen (vgl. Abb. 1).

Auch Nebenergebnisse empirischer Forschung zeigen eine deutliche Reduktion postoperativer psychischer Störungen bei untersuchten Patienten im Vergleich zu nicht untersuchten (HELLER u. KORNFELD, 1986; MEFFERT et al., 1990). Diese Befunde beweisen,

daß verständnisvolle Gespräche, selbst wenn sie überwiegend diagnostische Ziele verfolgen, Patienten vor psychischen und funktionellen Störungen schützen.

Im *frühen postoperativen Stadium* sind häufige, kurze Kontakte hilfreich (KIMBALL, 1982). Spezielle Probleme, die sich aus der besonderen Situation des einzelnen ergeben und von schweren Depressionen gefolgt sind, brauchen spezifische psychotherapeutische Mitbehandlung.

Die langfristige körperliche und berufliche *Rehabilitation* ist abhängig vom Alter der Patienten, vom Arbeitsmarkt, von Fehleinschätzungen der Amtsärzte und von hypochondrischen Ängsten. Vor der Operation waren in einer Hamburger Untersuchung 20 Prozent der Patienten berentet, nach der Operation 45 Prozent; umgekehrt waren vorher 75 Prozent beschäftigt und hinterher 41 Prozent (MEFFERT et al., 1990).

Es gibt übereinstimmende Ergebnisse dahingehend, daß etwa ein Viertel der Patienten schon präoperativ ängstlich, depressiv und passiv ist. Sie zeigen langfristig eine schlechte psychische Anpassung (HELLER u. KORNFELD, 1986; GÖTZE et al., 1990; BOLL u. SPEIDEL, 1993). Diese Risikogruppe ist die eigentliche Zielgruppe für langfristige Beratung und Psychotherapie. Häufig sind es einfache Probleme, die leicht geklärt werden könnten, bevor sie zu einem großen Problem heranwachsen. Gerade bei ängstlich-hypochondrischen Patienten ist eine gute Vorbereitung auf das, was sie nach der Operation erwartet, wichtig, weil es die hypochondrische Verarbeitung der Operationsfolgen, besonders der Herzrhythmusstörungen, verhindern und damit die Rehabilitation fördern hilft.

Selbst kurze Beratungsprogramme (sechs Sitzungen) konnten im langfristigen postoperativen Verlauf Patienten helfen, ihre Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen abzubauen und den Umgang mit der Angst zu verbessern (KÖLLNER u. KIRCHHOFF, 1989). Die Familie und besonders der Ehepartner haben für das Wohlbefinden des Herzoperierten eine große Bedeutung. Eine Untersuchung von G. DAHME et al. (1980) betont den negativen Einfluß hoher Leistungserwartungen des Ehepartners für den Rehabilitationsverlauf.

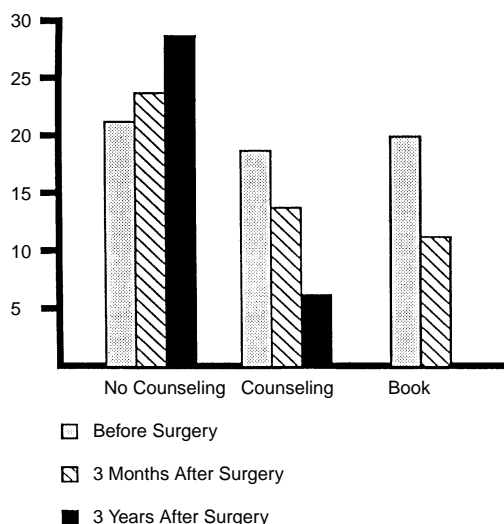


Abbildung 1: Klinisch depressive Patienten präoperativ, 3 Monate und 3 Jahre postoperativ in Prozent. Aus: PIMM JB, JUDE JR (1990).

Untersuchungen zum postoperativen Verlauf ergaben, daß die behandelnden Kardiologen die kardialen Beschwerden weniger gravierend einschätzten als die Patienten selbst. Hier wird deutlich, daß es in der Beurteilung der Beschwerden leicht zu Mißverständnissen zwischen Arzt und Patienten kommen kann. Diskrepanzen zwischen subjektivem Befinden und objektivem Befund sind deshalb bedeutsam, weil sich für die spätere psychosoziale Entwicklung psychologische Aspekte als besonders wichtig erwiesen haben, wichtiger als etwa kardiologische (BOLL u. SPEIDEL, 1993). Hier könnte ein Informations- und Beratungsangebot ansetzen.

## Literatur

- ANDERSON EA: Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress, and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *J Consult Clin Psychol* 55, 513–520, 1987
- BAKST H, KENNEDY JA, RUBIN LM, WEINER JJ: Psychological parameter in cardiac surgery. *Circulation* 33/34, 47–48, 1966
- BLACHER RS: The fantasy of resurrection and rebirth in cardiac surgery. In BECKER R, KATZ J, POLONIUS MJ, SPEIDEL H (eds) *Psychopathological and neurological dysfunctions following open-heart surgery*, p. 269, Springer, Heidelberg 1982
- BLACHER RS, CLEVELAND RJ: Paradoxical depression after heart surgery. In SPEIDEL H, RODEWALD G (eds) *Psychic and neurological dysfunctions after open-heart surgery*, p. 141, Thieme, Stuttgart 1980
- BOLL A, SPEIDEL H: Psychosocial and social rehabilitation after heart surgery. In ENGELMANN SR (ed) *Confronting life-threatening illness*, p. 3, Irvington, New York 1993
- DAHME B, FLEMMING B, GÖTZE P, HUSE-KLEINSTOLL G, MEFFERT HJ, SPEIDEL H: Psychosomatik der Herzchirurgie. In BECKMANN D, DAVIES-OSTERKAMP S, SCHEER J (Hrsg.) *Medizinische Psychologie*, S. 236, Springer, Berlin 1982
- DAHME G, DAHME B, KORNEIMANN J, VOLLERS A, HUSE-KLEINSTOLL G: Fulfilment of patients's expectation concerning outcome of open-heart surgery. In SPEIDEL H, RODEWALD G (eds) *Psychic and neurological dysfunctions after open-heart surgery*, p. 228, Thieme, Stuttgart 1980
- FOX HM, RIZZO ND, GIFFORD S: Psychological observations of patients undergoing mitral surgery. *Am Heart J* 48, 645–670, 1954
- GÖTZE P: *Psychopathologie der Herzoperierten*. Enke, Stuttgart 1980
- GÖTZE P, DAHME B, LAMPARTER U, FALCK S: Methods-construction and clinical application of the Hamburg Rating Scale for Psychic Disturbances (HRPD). In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 9, Plenum, New York 1990
- HASENBRING M: *Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen*. Schattauer, Stuttgart 1992
- HEIKKINEN L: Clinically significant neurological disorders following open heart surgery. *Thorac Cardiovasc Surgeon* 33, 201–206, 1985
- HELLER SS, KORNFELD DS: Psychiatric aspects of cardiac surgery. *Adv Psychosom Med* 15, 124–139, 1986
- HELLER SS, FRANK KA, KORNFELD DS, WILSON SN, MALM JR: Psychological and behavioral responses following coronary artery bypass surgery. In BECKER R, KATZ J, POLONIUS MJ, SPEIDEL H (eds) *Psychopathological and neurological dysfunctions following open-heart surgery*, p. 238, Springer, Heidelberg 1982
- KALMAR P, IRRGANG E: Cardiac surgery in the Federal Republic of Germany during 1990. A report by the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon* 39, 167–169, 1991
- KIMBALL CP: Psychological responses to the experience of open heart surgery I. *Am J Psychiatry* 126, 348–359, 1969
- KIMBALL CP: Postsurgical adaptation: Issues and experience. In BECKER R, KATZ J, POLONIUS MJ, SPEIDEL H (eds) *Psychopathological and neurological dysfunctions following open-heart surgery*, p. 215, Springer, Heidelberg 1982
- KOELLNER V, KIRCHHOFF PG: The influence of a special patient-education program prior to coronary bypass. Vortrag: 3rd International Symposium: The impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects. March, 28th–30th, New York 1989
- LEVINE J, WARRENBURG S, KERNS R, SCHWARTZ G, DELANEY R, FONTANA A, GRADMAN A, SMITH S, ALLEN S, CASCIONE R: The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosom Med* 49, 109–117, 1987
- LONGMORE D: Causes of cerebral complications after open heart surgery. In SPEIDEL H, RODEWALD G (eds) *Psychic and neurological dysfunctions after open-heart surgery*, p. 76, Thieme, Stuttgart 1980
- MEFFERT H-J, LAMPARTER U, BOLL A: Comparison of in-hospital conditions for «study» and «non-study» patients. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 279, Plenum, New York 1990



- NEWMAN S: Perceived and assessed cognitive function following coronary bypass surgery – mechanisms and intervention. In WALTER PJ (ed) *Quality of life after open-heart surgery*, p. 155, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston 1992
- NEWMAN S, KLINGER L, VENN G, SMITH P, HARRISON M, TREASURE T: The persistence of neuropsychological deficits twelve months after coronary artery bypass surgery. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 173, Plenum, New York 1990
- PIMM JB, JUDE JR: Beck Depression Inventory Scores of coronary bypass patients with and without psychological intervention. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 447, Plenum, New York 1990
- RODEWALD G, WILLNER AE: Introduction. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 1, Plenum, New York 1990
- RODEWALD G, WILLNER AE, BORNSTEIN M: Type of oxygenator, type of arterial filter and bypass time, in relation to outcome. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 297, Plenum, New York 1990
- SPEIDEL H: Psychiatric issues: Simple frequencies pre- and postoperatively. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 27, Plenum, New York 1990
- SPEIDEL H, FLEMMING B, GÖTZE P, HUSE-KLEINSTOLL G, MEFFERT HJ, REIMER C: Model of an integrated psychotherapeutic approach to the heart surgery patient. In BECKER R, KATZ J, POLONIUS MJ, SPEIDEL H (eds) *Psychopathological and neurological dysfunctions following open-heart surgery*, p. 175, Springer, Heidelberg 1982
- STRAUSS B, AMIRMANSOURI M, OLTSMANN K, PAULSEN G, REGENSBURGER D, SPEIDEL H, SCHMOLLING S, STRENGE H, TIEMANN S, TOBIAS M: The relevance of health related cognitions and attitudes for the prediction of surgical outcome. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 417, Plenum, New York 1990
- STRENGE H: Neurological assessment of early cerebral outcome after coronary bypass surgery. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 105, Plenum, New York-London 1990
- TIENARI PJ, OUTAKOSKI J, HIRVENOJA R, JUOLASMA A, TAKKUNEN J: Postoperative psychosis in open heart surgery – a longitudinal study on valve replacement patients. *Psychiat Fenn* 15, 63–70, 1984
- TRÄGER H, FLEMMING B, NORDMEYER J, MEFFERT HJ, BLEESE W, KREBBER HJ: Psychological effects of preoperative doctor-patient communications. In BECKER R, KATZ J, POLONIUS MJ, SPEIDEL H (eds) *Psychopathological and neurological dysfunctions following open-heart surgery*, p. 129, Springer, Heidelberg 1982
- WILLNER AE: Can one predict the outcome of cardiac surgery? In WILLNER AE, RODEWALD G (eds) *Impact of cardiac surgery on the quality of life. Neurological and psychological aspects*, p. 399, Plenum, New York 1990
- WILLNER AE: Cognitive function before and after cardiac surgery: a comparison of cardiac valvular replacement and coronary artery bypass surgery. In WALTER PJ (ed) *Quality of life after open-heart surgery*, p. 39, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston 1992
- WILLNER AE, RABINER CJ: The psychopathology and cognitive disorder syndrome (PCD) in open-heart surgery patients. In BECKER R, KATZ J, POLONIUS MJ, SPEIDEL H (eds) *Psychopathological and neurological dysfunctions following open-heart surgery*, p. 59, Springer, Heidelberg 1982

## A.5 Herztransplantation

HANS-WERNER KÜNSEBECK

### 1. Epidemiologische Aspekte

Die orthotope Herztransplantation, d. h. die Implantation eines Spenderorgans an der Stelle des kranken Herzens, hat sich seit ihren experimentellen Anfängen im Jahre 1967 insbesondere durch die Entwicklung neuer immunsuppressiver Medikamente seit Mitte der achtziger Jahre zu einer akzeptierten Behandlungsmethode bei terminalen Herzerkrankungen entwickelt. Weltweit wurden bis Ende 1993 mehr als 25000 Herztransplantationen durchgeführt. Die Zahl der pro Jahr transplantierten Herzen verdreifachte sich von etwa 1100 im Jahr 1985 auf mehr als 3500 im Jahr 1990, ist jedoch seitdem etwas rückläufig (vgl. HOSENPUD et al., 1994). Auch in der Bundesrepublik ging die Zahl der Herztransplantationen von 555 im Jahr 1991 vor allem aufgrund einer rückläufigen Organspendebereitschaft auf 505 im Jahr 1993 zurück (DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION).

Erkrankungen, die eine Herztransplantation indiziert erscheinen lassen, sind der weltweiten Statistik zufolge in etwa 47 Prozent der Fälle koronare Herzerkrankungen, zu etwa 45 Prozent (dilatative) Kardiomyopathien und in acht Prozent andere Erkrankungen des Herzens wie vor allem Klappenfehler. Der Schweregrad der Erkrankung entspricht in der Regel Stufe IV NYHA (New York Heart Association), und die Patienten haben mehrere kardiale Dekompensationen hinter sich. Vor allem aufgrund der unterschiedlichen Häufig-

keiten dieser Erkrankungen bei Männern und Frauen ist der Anteil der herztransplantierten Männer mit etwa 80 Prozent viermal so groß wie derjenige der Frauen.

Die Einjahres-Überlebensrate nach Herztransplantationen liegt – weltweit berechnet – bei 80 Prozent. Fünf Jahre nach der Transplantation leben noch 60 bis 70 Prozent und zehn Jahre danach 50 Prozent der Patienten, so daß langfristiges Überleben ein erreichbares Ziel ist (vgl. HOSENPUD et al., 1994). Die Mortalität ist in den ersten sechs Monaten nach der Transplantation aufgrund von akuten Abstoßungen und Infektionen mit 10 bis 15 Prozent am höchsten. Obwohl diese Komplikationen im Laufe der Zeit abnehmen, stellen sie auch in der Spätphase weiterhin ein Problem dar. Infolge der immunsuppressiven Therapie entwickelt sich bei vielen Patienten eine Co-Morbidität in Form von Osteoporose, arterieller Hypertonie und Niereninsuffizienz.

### 2. Klinisch-psychologische Aspekte

Empirische Untersuchungen zu psychologischen Aspekten der Herztransplantation sind heute noch selten, die meisten publizierten Arbeiten beschäftigen sich mit Aspekten der *Lebensqualität* (vgl. BUNZEL, 1993). Insbesondere fehlen Untersuchungen zur Art psychischer Bewältigungsstile bzw. Abwehrmechanismen bezüglich der mit der Trans-

plantation verbundenen Gefühle und Probleme. Grundsätzlich zeigen sich viele Parallelen zur Situation herzchirurgischer Patienten allgemein, wobei der Eingriff der Transplantation und seine Folgen als dramatischer und außergewöhnlicher erlebt wird. Im deutschen Sprachraum beschäftigte sich Brigitta BUNZEL (1993) am intensivsten mit den psychologischen Aspekten von Herztransplantationen.

## 2.1 Psychische Aspekte der Phasen des Transplantationsprozesses

Klinisch psychologisches Denken hat entscheidend dazu beigetragen, die Transplantation nicht als Ereignis, sondern als Prozeß zu betrachten. Aufgrund klinischer Beobachtungen wurden verschiedene Stadien im Laufe dieses Prozesses von der Entscheidung zur Transplantation bis zur Langzeitrehabilitation beschrieben (vgl. KUHN et al., 1988), die für die Patienten und ihre Familien vielfältige Belastungen darstellen und emotionale, kognitive und verhaltensmäßige Anpassungsleistungen erforderlich machen.

Den Ausgangspunkt für eine Herztransplantation stellt eine terminale Herzerkrankung dar: Belastende Symptome, Leistungsunfähigkeit und die Gefahr des Todes machen adaptive Leistungen des Patienten erforderlich. Psychologisch ist diese Situation einerseits gekennzeichnet durch Ängste und Depressivität, andererseits durch teilweise massive Verleugnung. Wenn die *Entscheidung für eine Transplantation* erstmals ernsthaft erwogen wird, weisen einige Patienten diesen Eingriff anfangs als zu extrem, zu beängstigend und zu belastend zurück. Von eminenter Bedeutung ist in dieser Situation das Verhalten und die Gesprächsführung der primär behandelnden Ärzte. BUNZEL et al. (1991) legten eindrucksvoll die Defizite der ärztlichen Aufklärung dar. Nur bei 3 von 50 Patienten hatte ein «einführendes Gespräch» stattgefunden, gar kein Gespräch gaben 37 Patienten an, während 10 Patienten die Notwendigkeit einer Transplantation in einer «kaltschnäuzigen» Art fast nebenbei mitgeteilt bekamen. Fast alle Patienten fühlten sich in dieser Situation allein gelassen. Bei einer

progredienten Verschlechterung der Symptomatik wird die Entscheidung für die meisten Patienten unumgänglich: die Wahl besteht zwischen fortdauerndem Leiden und drohendem Tod oder der Chance einer verbesserten Lebensqualität und längerem Überleben. Eine Entscheidung mit ungleichen Alternativen, und so lautet der typische Satz vieler Patienten in dieser Situation: «Ich habe doch keine andere Wahl» (KÜNSEBECK, 1991).

Mit der Entscheidung für die Transplantation und die Aufnahme in das Transplantationsprogramm tritt zunächst eine Entlastung ein. Es beginnt andererseits eine oft Monate dauernde Wartezeit, in der neben somatischen Komplikationen vor allem psychische und psychosoziale Aspekte eine bedeutende Rolle spielen. Somatopsychische Wechselwirkungen, vor allem ängstlich-depressive Verstimmungen bei etwa der Hälfte der Patienten (KUHN et al., 1990), Angst vor Abhängigkeit und zugleich der Wunsch nach mehr Zuwendung, aber auch psychophysische Leistungsstörungen stehen ganz im Vordergrund (CHRISTOPHERSON, 1987).

In der frühen postoperativen Phase ist zunächst eine *psychische Entlastungsreaktion* zu beobachten, die teilweise auch durch euphorische Zustände gekennzeichnet ist. Die psychischen Probleme der unmittelbaren postoperativen Phase umfassen passagere *organische Psychosyndrome* mit Verwirrheitszuständen, Desorientierung, Halluzinationen, gestörter psychomotorischer Aktivität und gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus bei etwa 20 Prozent der Patienten (MAI et al., 1986; FREEMAN et al., 1988). Sie entstehen vermutlich durch die immunsuppressive Medikation oder als Folge zusätzlicher, weitgehend ungeklärter metabolischer oder physiologischer Störungen. In der Regel sind diese Episoden ohne oder mit neuroleptischer Medikation nach sehr kurzer Zeit (24–48 Stunden) überstanden. *Anpassungsstörungen* depressiver und/ oder ängstlicher Natur (vgl. DSM-III R) treten im weiteren postoperativen, stationären Behandlungsverlauf bei etwa 15 Prozent der Patienten auf (FREEMAN et al., 1988; vgl. Kap. IV.A. 4).

Schon während der postoperativen stationären Behandlung, aber erst recht nach der

Entlassung aus der Klinik muß der Patient lernen, mit seiner neuen Situation zurechtzukommen. Es geht u. a. darum, mit der Ungewißheit von Abstoßungsreaktionen und dem erhöhten Risiko von Infektionen zu leben, die Medikamente regelmäßig einzunehmen und schließlich die Nebenwirkungen der Medikamente zu bewältigen. In dieser Phase steigt der Angstpegel deutlich an. In hohem Maße beschreiben sich auch Partner und Familie in dieser Situation als verunsichert (vgl. KÜNSEBECK, 1991).

In der folgenden Zeit ist die *psychische Integration des transplantierten Organs* – wie auch bei anderen Transplantationen (vgl. Kap. IV. C.4. u. IV. E.3.) – eine wichtige Aufgabe für den Patienten. Das heißt, es geht darum, das «fremde» Organ eines Verstorbenen möglichst frei von Schuldgefühlen als eigenes anzunehmen. Das am häufigsten beobachtete Phänomen in diesem Kontext ist die Verleugnung sowohl des Eingriffs selbst als auch der Tatsache, ein neues Herz zu haben. Von der Mehrzahl der Patienten wird jede aktive gedankliche Auseinandersetzung mit dem Organ, dem Spender und dessen Angehörigen vermieden. Diesem Abwehrverhalten wurden einerseits protektive und adaptive Funktionen zugeschrieben (vgl. MAI, 1986). So hat es sich auch als hilfreich erwiesen, dem Transplantierten keine Informationen über die Identität des Spenders zu geben, was in fast allen bundesrepublikanischen Zentren praktiziert wird. Wenn Transplantierte erfahren, wer der Spender war, entstehen nach einer Kontaktaufnahme häufig intensive Bindungen, und der Transplantierte wird quasi von der Familie des Spenders adoptiert. Die Verleugnung scheint jedoch andererseits – vor allem, wenn sie generalisiert wird und sowohl Emotionen als auch Körperreaktionen betrifft – die Wahrscheinlichkeit von Fehleinschätzungen psychischer und somatischer Probleme zu erhöhen und sich dadurch negativ auf eine gelungene Adaptation und Rehabilitation auszuwirken (YOUNG et al., 1991).

In diesem Zusammenhang ist zum Teil auch die von BUNZEL (1993) beschriebene Beobachtung zu verstehen, daß Transplantierte ihr Leben nach der Transplantation sehr viel positiver einschätzen als ihre Partner. Darüber

hinaus berichtete BUNZEL (1993) auch über eine negative Entwicklung der Partnerbeziehungen Herztransplantierte sowohl im Hinblick auf die emotionale Beziehung als auch auf konkretes Rollenverhalten, die im Extremfall zu Ehescheidungen führen können. BUNZEL führte dies u. a. darauf zurück, daß die gegenseitigen Bedürfnisse und Erwartungen nicht erfüllt werden können, weil die Ressourcen offenbar erschöpft sind.

### 3. Psychologische Diagnostik, Beratung und Psychotherapie

In den angloamerikanischen Ländern gehört routinemäßig ein Psychiater oder klinischer Psychologe zum Transplantationsteam. An den meisten deutschen Transplantationszentren wird diese Funktion inzwischen weitgehend im Sinne eines psychiatrischen oder psychosomatischen Konsultations- oder Liaisondienstes wahrgenommen.

Ziele der *präoperativen klinisch-psychologischen Untersuchung* von Patienten, für die eine Herztransplantation vorgesehen ist, bestehen vor allem darin, die Stärken und Schwächen der Person zu identifizieren, die die psychischen Reaktionen während des Prozesses von der Wartezeit bis zur Langzeitrehabilitation beeinflussen können. Hierzu gehört einerseits die Erhellung der Motive und Einstellungen zur Transplantation, andererseits eine umfassende Analyse des bisherigen Bewältigungsverhaltens. Es gilt, Basisdaten zu erfassen, die gezielte Therapievorschlüsse ermöglichen. Darüber hinaus sollen auch relative psychiatrische Kontraindikationen wie endogene Psychosen, Suizidalität, geistige Retardierung sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit diagnostiziert werden. Die Häufigkeiten dieser Diagnosen schwanken in den verschiedenen Untersuchungen sehr stark, da unterschiedlich selektierte Patientenstichproben einbezogen wurden. Während von einigen Zentren Patienten mit diesen Diagnosen prinzipiell nicht zu einer Transplantation akzeptiert werden (COPELAND et al., 1987), zeigte sich in einer ersten empirischen Untersuchung, daß Patienten mit präoperativ vor-

handenen psychiatrischen Diagnosen schwerer zu führen sind und postoperativ mehr medizinische Komplikationen haben, worin aber keine absolute Kontraindikation gesehen wurde (FREEMAN et al., 1988).

Bei der Operationsvorbereitung stehen *Informationsvermittlung und Entängstigung* im Vordergrund. In der Regel wird in Einzelkontakten mit den potentiellen Transplantationspatienten und deren Lebenspartnern, die von Anfang an voll mit einbezogen werden sollten, unter Einsatz von Informationsschriften, Videofilmen und Gesprächen mit bereits Transplantierten gearbeitet. Systematische Untersuchungen zu Effekten dieser Maßnahmen liegen bisher nicht vor. Erste positive Erfahrungen wurden auch über ein psychoedukatives Gruppenprogramm berichtet (SUSZYCKI, 1986).

In der *postoperativen psychologischen Betreuung* stellen Schwierigkeiten bei der psychischen Integration des Organs vor allem in Gestalt von Identitätsproblemen sowie psychische Beeinträchtigungen infolge von Medikamentennebenwirkungen und teilweise daraus resultierende Complianceprobleme Beratungsanlässe dar. Im langfristigen Verlauf treten interaktionale Probleme in Ehe bzw. Partnerschaft und funktionelle Sexualstörungen in den Vordergrund (vgl. KÜNSEBECK, 1991).

Da die Patienten oft aus Regionen mit unzureichender psychotherapeutischer Infrastruktur kommen, sind kontinuierliche Therapien oft nur schwer zu realisieren. Angezeigt ist in jedem Fall eine multidisziplinäre Patientenbetreuung, die zusätzlich zur kardiologischen und chirurgischen auch psychologische Diagnostik und Therapie mit dem Ziel einbezieht, die psychische Adaptation der Patienten zu supervidieren, um das Spektrum auftretender psychischer Beeinträchtigungen bei den Patienten und deren Lebenspartnern bzw. der gesamten Familie frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

## Literatur

- BUNZEL B, TITSCHER G, GRUNDBÖCK A, WOLLENEK G: «Sie brauchen ein neues Herz.» Das Problem der Diagnoseübermittlung aus der Sicht der betroffenen kardiologischen Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 419–428, 1991
- BUNZEL B: Herztransplantation: Psychosoziale Grundlagen und Forschungsergebnisse zur Lebensqualität. Thieme, Stuttgart 1993
- CHRISTOPHERSON LK: Cardiac transplantation: A psychological perspective. *Circulation* 75, 57–62, 1987
- COPELAND JG, EMERY RW, LEVINSON MM, ICE-NOGLE TB, CARRIER M, OTT RA, COPELAND JA, MC ALEER-RHENMAN MJ, NICHOLSON SM: Selection of patients for cardiac transplantation. *Circulation* 75, 2–9, 1987
- FREEMAN AM, FOLKS BG, SOKOL RS, FAHS JJ: Cardiac transplantation: Clinical correlates of psychiatric outcome. *Psychosomatics* 29, 47–54, 1988
- HOSENPUD JD, NOVICK RJ, BREEN TJ, DAILY OP: The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Eleventh official report – 1994. *J Heart Lung Transplant* 13, 561–570, 1994
- KUHN WF, DAVIS MH, LIPPMANN SB: Emotional adjustment to cardiac transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* 10, 108–113, 1988
- KUHN WF, BRENNAN AF, LACEFIELD PK, BROHM J, SKELTON VD, GRAY LA: Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *J Heart Transplant* 9, 25–29, 1990
- KÜNSEBECK HW: Psychologische Aspekte bei Herztransplantationen. In HAVERICH A, HIRT S (Hrsg.) *Intrathorakale Organtransplantation*, S. 158, Pabst, Lengerich 1991
- MAI FM: Graft and donor denial in heart transplant recipients. *Amer J Psychiat* 143, 1159–1161, 1986
- MAI FM, MC KENZIE FN, KOSTUK WJ: Psychiatric aspects of heart transplantation: Preoperative evaluation and postoperative sequelae. *Br Med J* 292, 311–313, 1986
- SUSZYCKI LH: Social work groups on a heart transplant program. *J Heart Transplant* 5, 166–170, 1986
- YOUNG LD, SCHWEIGER J, BEITZINGER J, MC MANUS R, BLOEDEL C, KOOB J: Denial in heart transplant candidates. *Psychother Psychosom* 55, 141–144, 1991

## B. Atmungsstörungen

### B.1 Hyperventilationssyndrom

ADOLF-ERNST MEYER

#### 1. Gemeinsame pathogenetische Endstrecke

Die verschiedenen akzentuierten Symptomkonfigurationen des Hyperventilations-Syndroms gehen auf folgende gemeinsame pathogenetische Endstrecke zurück:

*Hyperventilation* führt über vermehrte Abatmung von CO<sub>2</sub> zu einer *Hypokapnie* (= Verminderung des arteriellen P<sub>CO2</sub> (P = Partialdruck)) und dadurch zu a) *peripher-neuronalen*, b) *zentralnervösen* und c) *kardialen pathophysiologischen Veränderungen* mit entsprechender Symptomatik.

Daß die Hyperventilation fast ausschließlich eine thorakale und nicht eine zwerchfellbewirkte ist, kann psychologisch erklärt werden (s. u.).

ad a): Da CO<sub>2</sub> sauer ist, führt dessen Verminderung zu einer *Alkalose* des Blutes, wodurch sich die Bindungsfähigkeit der Serum-Peptide (insbesondere deren Albuminfraktion) für ionales Calcium erhöht. Da nur dieses biologisch aktiv ist, entsteht bei unverändertem Gesamt-Calcium (molekulares plus ionales) ein *funktionales Calcium-Defizit*, bei welchem sich die Erregbarkeit der peripheren Neuronen erhöht.

Dadurch kommt es symptomatisch zu Parästhesien («Kribbeln», «Ameisenlaufen», «Kältegefühl» u. ä.) in Fingern und Händen (seltener in den Füßen) und in der Mundgegend (Lippen und Zungenspitze) sowie (meist

erst als Intensivierung) zu Karpopedalspasmen («Pfötchenverkrampfung») der Hände.

Funktionsdiagnostisch kann diese peripher-neuronale Übererregbarkeit auch mit den Tests nach CHVOSTEK und TROUSSEAU erhärtet werden.

ad b): Die Hirndurchblutung wird durch den CO<sub>2</sub>-Partialdruck geregelt, weswegen sie bei Hypokapnie vermindert wird, was zu Symptomen wie Schwindel, verschwommenes Sehen (= «Mattscheibe»), Benommenheit führt.

Solches kann auch ein Gesunder erleben, wenn er versucht, die Glut im Grill oder Kamin durch Pusten anzufachen.

ad c): Hyperventilation aktiviert auch den Sympathicus, was symptomatisch zur Pulsbeschleunigung, gelegentlich zu Arrhythmien, ja zu stenokardischen Beschwerden führt.

#### 2. Symptomkonfigurationen

Das Vollbild des Syndroms ist der *hyperventilationstetanische Anfall*, ein klinisch dramatisches Bild, welches immer Symptome aus den obigen Gruppen a) und b) enthält, in schweren Fällen alle, auch die aus c). Darüber hinaus klagen die Betroffenen über Brustenge oder Atemnot, wogegen sie ihr Überatmen kaum je erwähnen – wahrscheinlich weil ihnen dies als völlig selbstverständliche Reaktion auf ihre Brustenge erscheint. Zuletzt, jedoch häufig, berichten sie über Angst, welche

sie fast immer nur als Folge des bedrohlichen Anfalls verstehen, also als anfallsreaktiv. Dies ist nur teilrichtig, aber eine wichtige symptom-verstärkende und -verlängernde Determinante, die einen anfallsausgelösten Teufelskreis stiftet.

Zweitens finden sich *Hyperventilationssymptome als Begleiterscheinungen* von anderen psychoneurotischen und psychosomatischen Störungen, vor allem bei anfallsweise auftretenden und mit Angst einhergehenden, wie bei der Panik-Attacke des Angstneurotikers oder des Herztodhypochochonders (= Herzneurotikers), im Höhepunkt aktualisierter phobischer Ängste, aber auch bei verschiedenen Konversions-Symptomen.

Drittens können sie als *ganz diskrete, aber chronische Störungen* gefunden werden. Schwindel oder «Taumeligkeit» oder «Taubheit» oder «Pelzigkeit» im Bereich von Mund, Fingern, Zehen (LUM, 1976). Da die Routinediagnostik von Neurosen/Psychosomatosen in der Regel keine Blutgasanalysen umfaßt, bleiben solche diskreten Hyperventilationssymptome zuhauf unentdeckt.

### 3. Wege zur Hyperventilation

Während die pathophysiologische Endstrecke ab Hyperventilation einheitlich verläuft (s.o.), sind die Motivstränge, die zu Hyperventilation führen, deutlich vielfältiger.

Psychologisch banal ist *Simulation*. Menschen, welche erfahren haben, daß sie durch Hyperventilation in einen alarmierend wirkenden «Krankheitszustand» kommen können, nutzen dies willkürlich, um sich unangenehme Situationen zu entziehen.

Solches kann bei Strafgefangenen beobachtet werden, für welche die Krankenstation ein humanerer Aufenthalt ist. Examinanden entziehen sich ihrer Prüfung. Bei diesen wie bei Untersuchungsgefangenen kann aber auch Angst vor dem Kommenden (Wie wird der Prüfer bzw. Verhörer fragen? Werden die Kumpel dicht halten? Wie gravierend wird die Anklage werden?) eine motivationale Rolle spielen.

*Angst* wird zusammen mit gewissen Körpererscheinungen erlebt, die einzeln oder kombiniert (und dies intraindividuell und interindividuell wechselnd) auftreten können:

Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Harn- und Stuhldrang (= «Schiß»), muskuläre Hypotonie (= «weiche Knie») oder auch Brustenge.

Je nach persönlicher metaphysischer Entscheidung für ein bestimmtes Leib-Seele-Modell wird der Sprecher sagen, diese Körpererscheinungen sind «durch die Angst bewirkt», oder sie «begleiten diese simultan» (= «Angstäquivalent»), oder «sie sind fakultative Teile des Ganzen», oder «Angst ist das holistisch-emergente Resultat» von jenen.

Für den jetzt zu besprechenden Weg in die Hyperventilation ist *Angst als oder mit Brustenge* die entscheidende Erlebensform.

Dieser Zusammenhang ist offenbar schon vor Jahrhunderten wahrgenommen und sprachlich festgehalten worden: «Anxietas» und «Angustia», «Angst» und «Enge».

Es sind eher die Panikattacken der Angstneurotiker als die objekt- oder situations-bezogenen Fürchte der Phobiker, die von einem Teil der Betroffenen als Brustenge erlebt werden (SHEEHAN, 1982). Aber die Grenze ist natürlich fließend – s.o. unsere Beispiele für Simulation.

Wenn immer Angst vom Betroffenen als Brustenge erlebt wird, ist es psycho-logisch (= logisch aus psychischen Gründen), dagegen mit Hyperventilation anzugehen. Es ist ebenso psycho-logisch, daß er gegen Brustenge thorakale und nicht Zwerchfell-Atmung einsetzt.

Dann finden sich Hyperventilations-Kranke, die uns versichern, daß auch *unspezifische Erregung*, ja sogar Freude, bei ihnen einen hyperventilations-tetanischen Anfall auslöse.

Bei einem Teil der letzten scheint Reizgeneralisierung eine Rolle zu spielen, was sich daran zeigt, daß ein Teil ihrer tetanischen Anfälle (besonders die anamnestic früherer) offensichtlich durch Angst ausgelöst werden, andere jedoch nicht.

Ferner ist zu bedenken, daß bei wenig introspektiven Betroffenen, bei fehlender Vertrauensbeziehung zum Untersucher oder wegen dessen Inkompetenz Abwehrmechanismen wie Verdrängen, Rationalisieren oder Verschieben nicht bewußt gemacht werden können.

Ungeachtet dieser Einschränkungen existiert ein Rest von Anfällen, bei welchen unspezifische Aktivierung, also Erregtheit (sogar Freude usw.) zu einer Hyperventilation führten.

## 4. Epidemiologie

Prävalenzangaben in der Literatur (WEIMANN, 1968; LUM, 1976) sind hinsichtlich Geschlechts- und Altersverteilung widersprüchlich.

In internistischen Ambulanzen mit Notfallzugang kann die administrative In-Anspruchnahme-Prävalenz bis zu 10 Prozent erreichen.

## 5. Differentialdiagnose

Ähnliche Symptombilder können entstehen, wenn aus der eingangs geschilderten «gemeinsamen pathogenetischen Endstrecke» nur deren allerletzte Glieder, nämlich ab Calcium-Mangel, aktiviert werden.

Somit handelt es sich um kalziprivate Tetanien, wodurch sich diese differentialdiagnostisch klar von der Hyperventilationstetanie unterscheiden lassen, welche keine Verminderung des Gesamt-Calciums im Serum aufweist. Früher war die parathyreoprive Tetanie nach Schilddrüsenresektion häufig, falls der Chirurg bei dieser zu viele Epithelkörperchen mitentfernte.

Ferner entsteht bei bestimmten Formen von Nierenerkrankungen durch ungenügende Calcium-Retention eine kalziprivate Situation.

## 6. Therapie

Zu unterscheiden ist (a) die Behandlung des akuten hyperventilationstetanischen Anfalls von (b) der Behandlung der Disposition zu solchen.

In beiden Fällen ist es ein Kunstfehler, den Betroffenen nicht sorgfältig zu informieren, daß sein dramatischer Zustand auf ein vergleichsweise banales eigenes «Fehlverhalten» zurückzuführen ist: sein Überatmen.

ad a):

- In günstigen Fällen hilft bereits geduldiges Eingehen auf die auslösende Situation zusammen mit der Anweisung, so wenig wie möglich zu atmen.

- Reicht dies nicht aus, ist die Therapie der Wahl das *Aus- und Rück-Atmen* in eine möglichst nur ein bis zwei Liter fassende Plastiktüte, weil dies gezielt und kostengünstig die Hypokapnie beseitigt.

Leider bestehen dagegen psychologische Hindernisse bei beiden Beteiligten. Der Kranke fürchtet, daß sich dadurch seine Brustenge/Atemnot noch verschlimmert, außerdem ist es ihm eine zu banale Methode für eine dramatische Situation. Drittens kann er vorhersehen, daß er angehalten werden wird, in Zukunft diese Intervention in eigener Regie durchzuführen, womit jegliches «Aus-dem-Feld-Gehen» unterbunden wäre. Der Arzt tut sich schwer, Plastiktüten einzusetzen, weil dies keine «echte» Intervention darstellt.

- Eine Alternative ist, molekulares *Calcium* (z.B. Calciumglukonat, Calciumorotrat, Calciumaspartinsäuresalz) intravenös zu spritzen, was wesentlich professioneller aussieht. Dies wirkt deswegen kausal, weil ein Teil dieses molekularen Calciums im Blut ional dissoziiert. Trotzdem ist diese Intervention kontraindiziert, weil sie (a) den Kranken und seine Umgebung im Glauben bestärkt, daß bei ihm eine Calciummangel-Tetanie vorliege, und (b) das Erlebnis der prickelnden Wärme («kubitaler Orgasmus») zu einer operanten Verstärkung werden kann.
- Eine weitere Alternative ist die Applikation von *Anxiolytika* – meist, zwecks schnellerer Wirksamkeit, intravenös. Dies ist psychotherapeutisch dann weniger bedenklich, wenn dem Patienten mitgeteilt wird, daß es sich um ein Mittel gegen Angst handelt, was allerdings oft unterbleibt. Allerdings, da potente Anxiolytika ein hohes gewöhnungsstiftendes Potential haben, ist auch diese Intervention nicht unbedenklich (vgl. Kap. III.H).

ad b): Zur Behandlung der zugrundeliegenden Störung muß im Falle von Simulation die therapeutische Strategie unter Abwägung der vom Erkrankten insgeheim angestrebten Vorteile (s. o.) einerseits und der Machtmöglichkeiten der Behandler andererseits geplant werden. Deswegen ergibt sich für den konkre-



ten Fall eine große Spannbreite, welche von konsequenter Nichtbeachtung, über befohlenes Atemanhalten oder Eigenluftrückatmung bis zur Gewährung von gewissen Vorteilen reichen kann.

Falls als Tetanie-Disposition eine «Angstkrankheit» gefunden wird, ist Psychotherapie angezeigt, deren Form und Setting sich dann ganz nach der individuellen Psychodynamik, bzw. Lerngeschichte, richten muß.

Falls unspezifische Erregung auslösend war, hilft oft bereits gründliche Aufklärung über die Hyperventilationsgenese, notfalls unterstützt durch Atemgymnastik.

## Literatur

LUM LC: The syndrome of chronic habitual hyperventilation. In HILL OW (ed.) *Modern trends in psychosomatic medicine*, p. 176. Butterworth, London 1976

SHEEHAN DV: Current concepts in psychiatry: Panic attacks and phobias. *New Engl J Med* 307, 156–158, 1982

WEIMANN G: *Das Hyperventilationssyndrom*. Urban & Schwarzenberg, München 1968

## B.2 Asthma

RAINER RICHTER

### 1. Definition, Symptomatik, Verlauf

Asthma wird nach einer Empfehlung der amerikanischen Thoracic Society definiert als erhöhte Empfindlichkeit der Atemwege gegen verschiedenartige Reize (Hyperreagibilität) und als Behinderung der Atmung, die entweder spontan oder als Folge von Behandlung im Schweregrad variabel ist (Atemwegsobstruktion). Während noch vor wenigen Jahren von einer nervalen Pathogenese ausgegangen wurde, wird aufgrund neuerer immunologischer Forschungsergebnisse eine chronische eosinophile Entzündung der Atemwege als morphologisches Substrat angenommen.

Hyperreagibilität und Atemwegsobstruktion sind meßbar, jene etwa im Rahmen einer inhalativen Provokation mit spezifischen Allergenen, diese entweder mit forcierten Atemmanövern (z.B. peak-flow, FEV<sub>1</sub>), die aber den Nachteil haben, daß sie von der Kooperationsbereitschaft des Patienten abhängen, oder mittels einer direkten Messung des Strömungswiderstandes in den Atemwegen (z.B. Ganzkörperplethysmograph).

Der Vorschlag (vgl. etwa SCHULTZE-WERNINGHAUS u. DEBELIC, 1988), statt des Begriffs Asthma bronchiale nur noch den Begriff Asthma zu verwenden, ist mittlerweile in der internationalen Fachliteratur weitgehend akzeptiert (vgl. INTERNATIONAL CONSENSUS REPORT ON ASTHMA, 1992)

Unterschieden werden vier verschiedene Schweregradstufen: (i) beginnendes Asthma,

(ii) leichtes Asthma mit gelegentlicher anfallsweiser Atemnot, (iii) mäßiggradiges Asthma, charakterisiert durch variable (Anfalls-)Dyspnoe und (iv) schweres Asthma, das durch häufige und fortdauernde Atemnotanfälle bis zum schwersten Asthmaanfall gekennzeichnet ist (SCHULTZE-WERNINGHAUS u. DEBELIC, 1988).

### 2. Epidemiologie

Präzise Zahlen zur Prävalenz des Asthmas sind nur unter Vorbehalt zu interpretieren, da die Untersuchungsmethoden und Stichprobengrößen zwischen der verschiedenen Studien erheblich variieren, von Fragebogenerhebungen an großen Populationen über administrative Prävalenzen bis hin zu Provokationstests an relativ kleinen Stichproben. Aus Großbritannien, Australien und den USA werden für Kinder 1-Jahres-Prävalenzen zwischen 3 und 15 Prozent (kumulative Prävalenzen bis zum 16. Lebensjahr von bis zu 25 Prozent), für Erwachsene zwischen 5 und 10 Prozent berichtet. Aus einer Übersicht der epidemiologischen Literatur zieht SCHULTZE-WERNINGHAUS (1988, S. 7) folgende Schlüsse:

- «in Industrieländern ist die Prävalenz von Asthma meist höher als in der Dritten Welt, sofern dort noch die ursprünglichen Lebensbedingungen herrschen»;
- «innerhalb der Industrieländer ist Asthma häufiger in den USA, Großbritannien und

- Australien/Neuseeland als in Skandinavien. Für die Bundesrepublik liegen keine ausreichenden Daten vor»;
- «die Änderung der Lebensbedingungen in der Dritten Welt (Verwestlichung) führt zu einem Anstieg der Asthmaprävalenz»;
  - «in den Industrieländern ist es seit der Jahrhundertwende zu einer Zunahme asthmatischer Erkrankungen gekommen».

Als Ursachen für die *Zunahme der Morbidität* werden in erster Linie Schadstoffe in der Atemluft (NO<sub>x</sub>, Zigarettenrauch) und die Zunahme von Allergien im Zusammenhang mit veränderten Lebensbedingungen diskutiert.

### 3. Psychosomatik

#### 3.1 Krankheitsauslösende Ereignisse

Aus psychosomatischer Sicht ist die vor allem in der pneumologischen und internistischen Literatur gestellte Frage, ob ein Asthma psychogen oder somatogen sei, eine falsche Alternative. Darüber hinaus kann sie empirisch im streng methodologischen Sinne nicht untersucht werden. Hingegen ist es unstrittig, daß sowohl physische Reize – Allergene, Schadstoffe, kalte Luft – ebenso wie psychische Reize – unterdrückter Ärger, Wut und spezifische Konflikte – eine asthmatische Symptomatik hervorrufen können oder ein bestehendes Asthma aufrecht erhalten können. Diese Reize triggern gewissermaßen asthmatische Beschwerden, sie sind jedoch nicht – auch nicht die Allergene – im strengen Sinne die Ursachen für eine asthmatische Erkrankung.

Im Gegensatz zu dem «enormen Wandel, den die Auffassung von der Asthmapathogenese erfahren hat», wird in der einseitig somatisch orientierten Medizin mit erstaunlicher Rigidität an der falschen Gleichung «psychosomatisch = psychogen» festgehalten; so zuletzt NOLTE (1993, S. 388), der nunmehr für den «feuchten Weg» der Asthmapathogenese als T-Zell-Funktionstörung wirbt, nachdem er zuvor mit großer Sachkenntnis die Holzwege der somatisch-experimentellen Asthma-Forschung beschrieben hat.

Nach anfänglichen – aber immerhin trockenen – Irrwegen hat sich die empirische psychosomatische Forschung in den letzten drei Jahrzehnten auf diejenigen *psychologischen Faktoren* konzentriert, die akute asthmatische Beschwerden *auslösen* können, sowie auf diejenigen psychosozialen Bedingungen, welche für die *Aufrechterhaltung* dieser Erkrankung günstig bzw. ungünstig sind. So konnte in einer Reihe experimenteller Studien nachgewiesen werden, daß der Atemwegswiderstand, ein Maß für den Obstruktionsgrad der Bronchien und Bronchiolen, als Antwort auf emotionale Belastungen und Stressoren bei Asthmatikern reproduzierbar ansteigt (s. SCHÜFFEL et al., 1990). ISENBERG et al. (1992 a) kommen in einer neueren Literaturübersicht über den Einfluß von Suggestionen und emotionaler Erregung auf die asthmatische Symptomatik zu dem Schluß, daß diese unstrittig nachweisbaren Effekte parasympathisch vermittelt sind.

Diese Zusammenhänge sind auch in zahlreichen klinischen Studien nachgewiesen worden, so auch von OPPERMAN et al. (1991), die asthmatische Patienten innerhalb von 48 Stunden nach einer notfallmäßigen Aufnahme mit einem tiefenpsychologischen Interview untersuchten. Unter anderem wurden die verschiedenen möglichen Auslösefaktoren hinsichtlich ihrer vermuteten Bedeutung für diesen konkreten Anfall von dem psychosomatischen Konsiliarius eingestuft. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, fanden die Autoren in 67 Prozent der asthmatischen Anfälle psychologische Faktoren als Auslöser, daneben die anderen bekannten Auslöser wie Allergene, Infektionen usw. In zahlreichen Fällen wurden mehrere Auslöser identifiziert. In der

*Tabelle 1:* Zur relativen Bedeutung verschiedener Auslöser für einen schweren asthmatischen Anfall (OPPERMAN et al., 1991).

|  |      |
|--|------|
| Allergene  | 47 % |
| Infekte  | 80 % |
| physikalische Reize<br>(Rauch, Kälte/Feuchtigkeit,<br>körperliche Belastung) | 47 % |
| psychische Auslöser  | 67 % |
| Analgetika   | 7 %  |
| endogene/hormonelle Auslöser   | 10 % |

rechten Spalte von Tabelle 1 sind die gewichteten Mittelwerte zahlreicher Studien aufgeführt, die mit derselben Fragestellung, häufig aber mit anderen Methoden durchgeführt wurden.

Die relative Gewichtung psychischer versus somatischer Faktoren in retrospektiven Untersuchungen ist aus methodologischer Sicht nicht unproblematisch. Die Ergebnisse zahlreicher Studien zeigen jedoch übereinstimmend, daß seelische Faktoren asthmatische Beschwerden auslösen können, was wiederum der Grund dafür ist, daß Asthma zu den psychosomatischen Erkrankungen gezählt wird. Diese psychosomatischen Zusammenhänge sollen am folgenden Beispiel demonstriert werden.

Der 24 Jahre alte Patient hatte sich mit seiner ehemaligen langjährigen Freundin getroffen, die er auch nach der Trennung noch ab und zu sah. Für ihn war die Beziehung beendet, während sie wohl immer noch sehr an ihm hing. Nach dem gemeinsamen Restaurantbesuch waren sie in die Wohnung der Freundin gegangen und hatten miteinander geschlafen. Als sie danach auf der Bettkante saßen, bekam er Schuldgefühle, weil er eigentlich nichts mehr mit ihren Gefühlen zu tun haben wollte. In dieser Situation startete seine Freundin erneut Annäherungsversuche, worauf er sich bedrängt fühlte, er hatte den Eindruck, daß er sich ihrer erwehren müsse, und bat sie um eine Aspirin-Tablette, da er sich zwei Tage zuvor leicht erkältet hatte. Kurze Zeit, nachdem er diese Tablette eingenommen hatte, bekam er akute Atemnot und zog sich in ein anderes Zimmer der Wohnung zurück, da er sich in ihrer Nähe zunehmend unwohl fühlte. Wenig später mußte der Notarzt gerufen werden, der ihn aufgrund der Schwere des Anfalls notfallmäßig in ein nahe gelegenes Krankenhaus einweisen mußte.

Der Patient hatte sich selbst in eine Situation gebracht, in der er sich durch die Nähe zu seiner ehemaligen Freundin bedrängt, unwohl fühlte. Er schickte sie fort, was die körperliche Nähe für einen Moment unterbrach. Der asthmatische Anfall selber wurde durch eine Aspirin-Intoleranz hervorgerufen, die sowohl ihm als auch der Freundin bekannt war, die beide aber in dieser Situation «vergessen» hatten. Dieses kann als Fehlleistung im psychoanalytischen Sinne verstanden werden und verweist u. a. auf erhebliche selbstdestruktive Tendenzen des Patienten. Aus diesem Grunde wurde der Anfall vom Interviewer eingestuft als «durch emotionale und analgetische Auslöser bedingt». Der Patient wurde nach ähnlichen Situationen aus seiner Lebensgeschichte befragt, und er berichtete spontan von seinen ersten asthmatischen Beschwerden. Damals war er schon längere Zeit mit einer anderen Frau verlobt, war sich aber seiner Ge-

fühle sehr unsicher. Als die Familie der Verlobten zunehmend zur Heirat drängte, bekam er eine schwere Erkältung, nahm in dieser Zeit Aspirin und entwickelte zum ersten Mal in seinem Leben asthmatische Symptome.

### 3.2 Persönlichkeit und Befindlichkeit

Schon früh in der psychosomatischen Forschung zum Asthma wurde immer wieder, zum Teil mit großem methodischen Aufwand, der Frage nachgegangen, ob asthmatische Patienten eine spezifische Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Wie für die meisten anderen psychosomatischen Erkrankungen gibt es auch für das Asthma eine große Zahl von Veröffentlichungen, in denen diese spezifische Persönlichkeitsstruktur angeblich identifiziert werden konnte. Eine kritische Übersicht über diese Arbeiten (vgl. SCHÜFFEL et al., 1990) zeigt jedoch, daß asthmatische Patienten sich zwar in der Regel in einigen Persönlichkeitsdimensionen von gesunden Kontrollgruppen unterscheiden, solche Unterschiede aber keineswegs als für die asthmatische Erkrankung spezifisch angesehen werden können. Auch Patienten, die unter anderen Erkrankungen leiden, haben oft abweichende Aggressivitäts- oder Depressions-Werte. Und selbst diese unspezifischen Persönlichkeitsunterschiede können – wie von einigen Pneumologen zu Recht angemerkt wurde – die Folge und nicht die Ursache dieser lang andauernden lebensbedrohlichen chronischen Erkrankung sein. Diese unspezifischen Persönlichkeitsunterschiede würden dann die mehr oder weniger erfolgreiche Bewältigung der Erkrankung und der mit ihr verbundenen psychischen Belastungen (Angst, Abhängigkeitsgefühle usw.) widerspiegeln, und in der Tat konnten MEYER und WEITEMEYER (1967) eine positive Korrelationen zwischen der Dauer der Erkrankung und unspezifischen Persönlichkeitsveränderungen (Introversion, Neurotizismus) berichten.

Infolge dieser letztlich enttäuschenden Ergebnisse konzentrierte sich die psychosomatische Forschung in den vergangenen 15 Jahren vorwiegend auf die spezifischen asthmatischen Symptome und Beschwerden, insbesondere

auf das Leitsymptom des Asthma, die Dyspnoe.

Der *akute asthmatische Anfall* ist durch eine Obstruktion der Atemwege gekennzeichnet, welche als Atemnot, Kurzatmigkeit und Engegefühl erlebt wird. Dementsprechend wird die Dyspnoe auch von Atemphysiologen (COMROE, 1966) als eine erschwerte, anstrengende und unangenehme Atmung definiert, die gleichwohl nicht schmerzhaft im engeren Sinne des Wortes ist. Die Dyspnoe ist subjektiv, und ähnlich wie der Schmerz umfaßt sie sowohl die Wahrnehmung dieses Gefühls durch den Patienten als auch seine Reaktion auf dieses Gefühl. Im Unterschied zum Schmerz jedoch können die physiologischen Komponenten dieses subjektiven Gefühls – insbesondere die Veränderung des Atemwegswiderstandes – unmittelbar gemessen und in einen direkten Zusammenhang zu der subjektiven Atemnot gesetzt werden.

Dieser psycho-somatische Zusammenhang wurde wiederholt in *wahrnehmungspsychologischen Experimenten* untersucht (vgl. DAHME et al., 1991), in denen meist eher schwache Korrelationen zwischen der physiologischen Obstruktion, gemessen durch den Strömungswiderstand in den Atemwegen, und dem Ausmaß der subjektiven Atemnot gefunden wurden.

So wurden etwa asthmatische Patienten während einer diagnostischen inhalativen Provokation mit potentiellen Allergenen gebeten, gleichzeitig mit der Messung des Atemwiderstandes ( $R_{aw}$ ) die subjektive Beeinträchtigung ihrer Atmung auf einer visuellen Analog-Skala einzustufen. In Abbildung 1 sind die Ergebnisse von drei verschiedenen Patienten exemplarisch dargestellt, die alle auf eines oder mehrere Allergene mit einer leichten bis mittelgradigen Obstruktion reagierten. Der Patient in Abbildung 1a stuft die subjektive Beeinträchtigung, seine Atemnot, offenbar in guter Übereinstimmung mit der tatsächlichen Obstruktion ein, während der Patient in Abbildung 1b seine Obstruktion offensichtlich erheblich überschätzt; der Patient in Abbildung 1c empfindet hingegen selbst mittelschwere Obstruktionen nur als geringfügige Atemnot.

Derartige Ergebnisse wurden von verschiedenen Autoren wiederholt berichtet, so schon

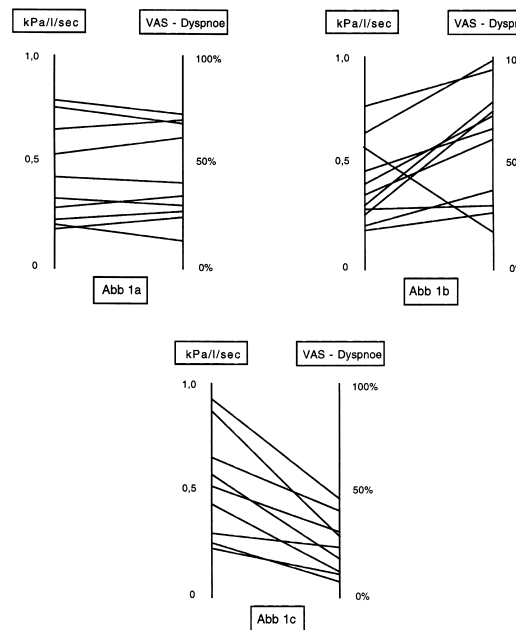


Abbildung 1: Übereinstimmung von Atemwegsobstruktion ( $R_{aw}$ ) und Dyspnoe (Visual analog scale).

von RUBINFELD und PAIN (1976), die meinen, daß etwa 15 Prozent der Patienten während eines asthmatischen Anfalls nicht dazu in der Lage sind, selbst beträchtliche Atemwegsobstruktionen wahrzunehmen.

Die Frage ist nun, ob diese Patienten, die ihre Atemwegsobstruktionen angemessen wahrnehmen, sich von solchen unterscheiden, deren *Interozeption* – so wird die Fähigkeit, innere Körperfunktionen wahrzunehmen, benannt – in der einen oder anderen Richtung beeinträchtigt ist.

Um diese Frage diskutieren zu können, ist es notwendig, die verschiedenen Dimensionen genauer zu identifizieren, die dem subjektiven Gefühl der Dyspnoe zugrunde liegen. Was meint ein Patient, der dieses unangenehme Gefühl berichtet, wenn er sagt, daß er unter Atemnot leide. Diese Frage wurde ausführlich sowohl für den anglo-amerikanischen (vgl. KINSMAN et al., 1977) als auch den deutschsprachigen Bereich (vgl. RICHTER, 1988 a) mit annähernd identischem Ergebnis untersucht: Faktorenanalytische Untersuchungen umfangreicher Fragebogeninventare, in denen die verschiedensten sub-

- 
- |     |  |
|-----|--|
| I   | Nervöse Ängstlichkeit:<br>beunruhigt, ängstlich, bedrückt, hilflos                       |
| II  | Obstruktive Atembeschwerden<br>Atemgeräusche, schwere Atmung, Engegefühl<br>in der Brust |
| III | Ärgerliche Gereiztheit<br>ärgerlich, schlechtgelaunt, aufbrausend, gereizt,<br>zornig    |
| IV  | Hyperventilationssymptome<br>Schwindel, Kribbeln, Prickeln, Kopfschmerz                  |
| V   | Müdigkeit<br>träge, schläfrig, müde  |
- 

Abbildung 2: Die fünf Dimensionen der asthmatischen Atemnot.

jektiven Beschwerden, Störungen, Gefühle, Körpersensationen usw. zusammengefaßt waren, wie sie von asthmatischen Patienten während ihrer Atemnotanfälle berichtet werden, führten zu folgenden fünf Dimensionen der asthmatischen Atemnot (Abb. 2).

Der Vergleich dieser Dimensionalität der asthmatischen Dyspnoe mit der Dyspnoe, wie sie von Patienten berichtet wird, die an einer chronischen Bronchitis leiden (vgl. DAHME et al., 1991), zeigt, daß bei dieser eine unabhängige Dimension «*nervöse Ängstlichkeit*» fehlt. Daher kann angenommen werden, daß es sich bei der so beschriebenen asthmatischen Dyspnoe, die im übrigen mit einer hierfür entwickelten Skala, der Asthma-Symptom-Liste (RICHTER, 1988 a), quantitativ beschrieben werden kann, für das Asthma spezifisch ist.

Die Frage, ob sich Patienten mit einer unterschiedlichen Interozeptionsfähigkeit für obstruktive Atemwegsveränderungen auch in psychologischen Dimensionen unterscheiden, erfordert neben der Erfassung der psychologischen Dimensionen, etwa mit der erwähnten Asthma-Symptom-Liste, relativ aufwendige wahrnehmungspsychologische Untersuchungen. Die Wahrnehmungsschwelle für Strömungswiderstände in den Atemwegen läßt sich exakt bestimmen. Hierbei atmen die Probanden durch unterschiedlich große Siebe, deren Strömungswiderstand durch die Größe der Maschen variiert und exakt bestimmt werden kann. Die Probanden haben

dann jeweils zu entscheiden, ob sie eine Veränderung im Atemstrom bemerkt haben.

Werden diese Ergebnisse zu den psychologischen Befunden in Beziehung gesetzt, so läßt sich zeigen, daß ängstliche Patienten bei identischen Atemwegswiderständen ein höheres Ausmaß an Atemnot empfinden als weniger ängstliche Patienten. Dieser Unterschied gilt jedoch nur bei relativ geringen Atemwegsobstruktionen; bei höheren Strömungswiderständen spielt die Angst als intervenierende Variable offenkundig nicht mehr diese Rolle. Unterstützt werden diese klinisch bedeutsamen Befunde auch durch Ergebnisse von ISENBERG et al. (1992 b), nach denen die Wahrnehmung von Atemwegsobstruktionen durch Suggestionen – etwa eine bronchokonstriktive Substanz zu inhalieren – beeinflußt werden kann.

Diese experimentellen Ergebnisse stimmen mit der klinischen Untersuchung überein: Solche Patienten, die sich während der asthmatischen Anfälle überdurchschnittlich nervös und ängstlich fühlen, neigen dazu, das Ausmaß ihrer Atemwegsobstruktionen zu überschätzen. Dabei ist zu betonen, daß es sich hierbei nicht um eine überdauernde Angst im Sinne einer stabilen Persönlichkeitskomponente (trait anxiety) handelt, sondern eher um eine kurz dauernde, reaktive, situationsbezogene Angst (state anxiety), die mit der Interozeptionsfähigkeit korreliert ist. Dieser Zusammenhang muß selbstverständlich kein kausaler sein: Die Patienten schätzen ihre tatsächliche Atemwegsobstruktion möglicherweise deswegen als gravierender ein, weil ihre Wahrnehmung von obstruktiven Symptomen durch eine ausgeprägte Ängstlichkeit beeinflußt ist. Es ist aber auch möglich, daß Patienten deswegen auf ihre Atmung mit besonderer Vigilanz und auch Ängstlichkeit achten, weil sie das tatsächliche Ausmaß der Atemwegsobstruktion überschätzen. In jedem Fall handelt es sich aber bei diesen Patienten um *Risikopatienten*: Im Vergleich zu unängstlichen Patienten rufen sie öfter den Notarzt und werden auch häufiger notfallmäßig stationär behandelt.

US-amerikanische Untersuchungen der Arbeitsgruppe von SPECTOR und KINSMAN (KINSMAN et al., 1980; MAWHINNEY et al.,

1993), die allerdings im deutschen Sprachraum bisher nicht repliziert werden konnten, zeigen darüber hinaus eine deutliche Beziehung zwischen psychologischen Variablen, Symptomwahrnehmung und Bewältigungsstrategien einerseits und klinischen Variablen und obstruktiven Befunden andererseits. KINSMAN et al. (1980) entwickelten auf der Basis ihrer Ergebnisse das Konzept der *psychologischen Aufrechterhaltung* des Asthma (psychomaintenance). Sie konnten unter anderem zeigen, daß nur ein Viertel aller Patienten ihr Dosieraerosol adäquat verwenden. Ängstliche Patienten etwa inhalieren die bronchodilatatorisch wirkenden Medikamente zu oft und verwenden diese selbst dann, wenn ihre tatsächliche Lungenfunktion kaum oder gar nicht beeinträchtigt ist. Andererseits stellt aber auch die Gruppe der Patienten, die ihren asthmatischen Beschwerden indifferent und extrem unängstlich gegenüberstehen, eine Risikogruppe dar: Sie benutzen ihre Medikamente zu selten, selbst dann nicht, wenn sie bereits unter erheblichen Obstruktionen leiden.

Abgesehen davon, daß eine kontinuierliche Monotherapie mit Bronchospasmolytika zwar die akute Atemnot verbessern kann, sich aber auf den Verlauf der Erkrankung eher negativ als positiv auswirkt (NOLTE, 1993), ist der wiederholt berichtete Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Anwendung von  $\beta$ -adrenergen Dosieraerosolen und Häufigkeit von Asthma-Todesfällen, der offenbar kein kausaler ist (MULLEN, 1993), durch den psychologischen Faktor «Angst» als intervenierende Variable erklärbar.

Für den behandelnden Arzt bedeuten diese Ergebnisse, daß er bei Patienten, die durch eine ausgeprägte Ängstlichkeit/Nervosität auffallen, darauf achten muß, die notwendigen Medikamente nicht zu hoch zu dosieren und sie zu einem angemessenen Gebrauch ihrer Bedarfsmedikation anzuhalten. Insbesondere werden diese Patienten häufig zu früh mit Steroiden behandelt, so daß JANSON et al. (1994) dafür plädieren, bei der pneumologisch-internistischen Anamnese unbedingt auch psychologische Befunde zu erheben. Auf der anderen Seite verweisen diese Untersuchungen auf die Notwendigkeit, auch in der

Langzeit-Betreuung von Asthmatikern objektive Maße für die Atemwegsobstruktion zu erheben und sich nicht auf die subjektiven Angaben über das Ausmaß der Dyspnoe zu verlassen. Die hierzu notwendigen Methoden (handliche elektronische peak-flow-meter und Symptomtagebücher; vgl. MASS et al., 1993; TETZLAFF et al., 1994), die ursprünglich für Anwendungen in der Forschung entwickelt wurden, sind mittlerweile für den routinemäßigen Einsatz im Langzeit-Monitoring verfügbar. Sie sollten bei der Behandlung vor allem solcher Patienten eingesetzt werden, die mit den üblichen Medikamenten schwer einstellbar sind und/oder Hinweise auf situationsabhängige Aggravationen bieten. Die klinische Erfahrung hat gezeigt, daß die gemeinsame Interpretation der psychophysiologischen Verlaufsdaten zur Identifikation von auslösenden Bedingungen führen kann.

### 3.3 Psychodynamik

Abgesehen von der nachgewiesenen Bedeutung der Angst sind die empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Variablen keineswegs einheitlich, so daß ihre Relevanz für die klinische Versorgung nach wie vor eher begrenzt ist. Dieses liegt möglicherweise an einem Charakteristikum der meisten empirischen Studien, in denen der asthmatische Patient in der Regel als isoliertes Forschungsobjekt und nicht als Kooperationspartner in einer zwischenmenschlichen Beziehung betrachtet und dementsprechend «beforscht» wird. Insbesondere wurden die Charakteristika der Beziehung zwischen dem asthmatischen Patienten und seinem behandelnden Arzt, Familienangehörigen und anderen nahen Bezugspersonen vergleichsweise selten mit empirischen Methoden untersucht.

Bezieht man allerdings die große Zahl von klinischen Fallstudien ein, die in den letzten 100 Jahren publiziert wurden, so läßt sich doch ein relativ spezifischer Beziehungskonflikt beschreiben, in den asthmatische Patienten offenbar immer wieder verstrickt sind. Dieser spezifische Konflikt kann als *Ambivalenzkonflikt zwischen Nähe- und zugleich*

*Distanzwünschen* bzw. Ängsten vor zu großer Nähe und zu großer Distanz in einer zwischenmenschlichen Beziehung beschrieben werden (vgl. etwa DE BOOR, 1965).

Die Falldarstellung zu Beginn dieses Kapitels verdeutlicht diesen spezifischen Konflikt: Der Patient befand sich in einem Konflikt zwischen seinen Wünschen nach Nähe zu seiner ehemaligen Freundin und seinen Ängsten, (wieder) in Abhängigkeit von ihr zu geraten. Dabei war es ihm in der konkreten Situation nicht möglich, diesen Konflikt interaktionell, d.h. auf einer psychischen Ebene zu lösen. Der asthmatische Anfall half ihm jedoch, aus dieser Konfliktsituation herauszukommen, ohne das Problem wirklich zu lösen.

Dieser Ambivalenzkonflikt zwischen Nähe und Distanz wird im stationären Bereich immer wieder vom Patienten unbewußt in Szene gesetzt, etwa wenn ein an großer Atemnot leidender Patient mitten in der Nacht den diensthabenden Arzt ruft, um ihn dann sofort aggressiv zu kritisieren, daß er so spät komme und wieder einmal die falschen Medikamente verordne. Von diesen und ähnlichen anekdotischen Beschreibungen, über Fallvignetten bis hin zu ausführlich dokumentierten Fallgeschichten, ist dieser spezifische Beziehungskonflikt in der klinischen Literatur immer wieder beschrieben worden. Da es die empirische psychologische Forschung bis heute jedoch weitgehend versäumt hat, die angemessenen Methoden bereitzustellen, um die Dynamik einer Beziehung zwischen mindestens zwei Personen zu erforschen, fehlen hierzu weitgehend empirische Befunde. Erste Ansätze gibt es für die Bedeutung von Erziehungsstilen für psychosomatische Erkrankungen (LIEDTKE, 1987); SCHÖBINGER et al. (1992, 1993) beobachteten bei Vätern und Müttern asthmatischer Kinder, daß sie ihre Kinder häufiger tadeln und zurechtweisen.

Dabei gibt es gerade auf dem Gebiet der psychosomatischen Forschung, auch zum Asthma, zahlreiche Hinweise aus der empirischen Forschung, daß ein derartiger wissenschaftlicher Ansatz erfolgversprechend und fruchtbar sein könnte. So ist etwa bekannt, daß asthmatische Kinder häufig unmittelbar nach einer Hospitalisierung eine deutliche Verringerung ihrer asthmatischen Symptome

zeigen. Allergologen und Psychotherapeuten verwendeten diese bekannte klinische Erfahrung als Beleg für ihre jeweiligen Hypothesen: Da die spezifischen Allergene im Krankenhaus, im Kinderheim usw. nicht in derselben Konzentration vorhanden seien, ginge es den Kindern besser; oder: Da im Krankenhaus die auslösenden psychologischen Belastungen – etwa durch Eltern oder Geschwister – fehlten, könnten die asthmatischen Kinder schnell auf ihre Symptome «verzichten». Systematische Untersuchungen zu diesem klinischen Wissen unterstützen die psychosomatische Hypothese: Kinder mit einem allergischen Asthma zeigen auch dann eine unmittelbare Verbesserung ihrer Beschwerden, wenn sie statt einer stationären Einweisung im Elternhaus verbleiben, ihre Eltern und Geschwister jedoch durch eine Pflegeperson für eine kürzere Zeit ersetzt werden. PURCELL et al. (1969) konnten nachweisen, daß diejenigen Kinder, für die aufgrund vorhergehender psychologischer Untersuchungen eine symptomatische Verbesserung vorhergesagt worden war, in der Tat während dieser Trennung von den Eltern nahezu symptomfrei wurden. Auch eine andere prospektive Studie verdeutlichte die Bedeutung der *Eltern-Kind-Beziehung*: MRAZEK et al. (1991) zeigten, daß Kinder von asthmatischen Müttern in ihren ersten beiden Lebensjahren dann mit einer signifikant höheren Rate an Asthma erkrankten, wenn es in der Mutter-Kind-Beziehung und auch zwischen den Eltern Schwierigkeiten und Probleme gab.

Die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehungen kann im übrigen sogar durch psychophysiologische Experimente nachgewiesen werden. So ist etwa bekannt, daß asthmatische Patienten nicht generell auf psychische Stressoren mit einer Atemwegsobstruktion reagieren (RICHTER, 1988 a). Vielmehr reagieren sie in erster Linie dann, wenn sie mit individuellen un- bzw. vorbewußten Konflikten in einem Gespräch konfrontiert wurden, die vorher in einem Interview identifiziert worden waren. Diese offenbar typischen Situationen sind dadurch gekennzeichnet, daß der Patient zuerst feindselig aggressive Gefühle gegenüber einer nahen,



für ihn wichtigen Bezugsperson erlebt, gegen die er sich meint verteidigen zu müssen. Der Wunsch, sich zu distanzieren und die gleichzeitige Unfähigkeit, angemessen aggressiv in diesem Konflikt zu reagieren und zu agieren, gerät in Konflikt mit dem gleichzeitigen Wunsch, geschützt und versorgt zu werden. Es sind offenbar in erster Linie derartige Situationen, die erstmals von JORES und V. KEREKJARTO (1967) an größeren Patientengruppen ausführlich untersucht und beschrieben wurden, in denen der spezifische Beziehungskonflikt berührt wird und in denen asthmatische Patienten meßbare physiologische Veränderungen aufwiesen. Aber auch in diesem Fall beantworten die Ergebnisse nicht die Frage, ob diese spezifischen Beziehungskonflikte die Ursache oder die Folge der chronischen Erkrankung sind. Auch hier gibt es klinische wie empirische Hinweise darauf, daß zumindest einige dieser psychologischen Besonderheiten die Folge, nicht die Ursache eines Asthmas sind.

Dieser möglicherweise spezifische Beziehungskonflikt bestimmt häufig die Interaktion zwischen Arzt und Patient und bei stationären Behandlungen somit auch das Geschehen auf einer Station (vgl. RICHTER, 1988b). Für den behandelnden Arzt und die Pflegekräfte bedeutet dies, daß im Gespräch immer beide Anteile des Ambivalenzkonflikts bedacht werden müssen. So kann es von Nachteil für den Patienten sein, wenn vor schnell etwa auf seine Wünsche nach Abgrenzung eingegangen wird, ohne zugleich seine Trennungsängste zu berücksichtigen. Diese bei manchen Patienten ausgeprägte Ambivalenz wird verständlicher und damit für den Arzt erträglicher, wenn gesehen werden kann, daß sie für manche Patienten lebensnotwendig ist. Es wurden wiederholt Einzelfälle berichtet (z. B. JORES), bei denen asthmatische Anfälle durch konfrontative Ratschläge oder gar invasive Deutungen provoziert wurden.

#### 4. Psychotherapie und Prognose

Für die klinische Behandlung des asthmatischen Patienten bedeuten die referierten Forschungsergebnisse, daß es für eine große Zahl

von asthmatischen Patienten von erheblicher Bedeutung ist, neben den internistisch-pneumologischen Befunden auch psychische Befunde zu erheben und zu berücksichtigen. Trotz hochwirksamer medikamentöser und intensivmedizinischer Behandlungsmethoden versterben nach wie vor etwa 10 Prozent aller asthmatischen Patienten in einem akuten asthmatischen Anfall. Neuere Studien (JANSON-BJERKLE et al., 1992) verweisen in diesem Zusammenhang neben der Angst (s. o.) auf die Bedeutung depressiver Symptome.

Wie alle Patienten, die unter einer chronischen körperlichen Erkrankung leiden, entwickeln auch asthmatische Patienten ein umfangreiches Wissen über ihre Beschwerden, den Verlauf asthmatischer Episoden und über somatische und psychische Risikofaktoren und Auslöser. Auch wenn dieses Wissen auf anderen Informationsquellen beruht als das der behandelnden Ärzte, so ist es mit diesem doch vergleichbar und sollte bei der medizinischen Behandlung in Rechnung gestellt werden. Aus diesem Grunde haben sich *Schulungsprogramme*, insbesondere solche, in denen ausführliche psychologische Interventionen Anwendung finden, bei der Behandlung von chronischen Asthmatikern – immer in Ergänzung zu den üblichen medikamentösen und atemtherapeutischen Verfahren – bewährt (WORTH, 1993). Allerdings lassen sich die Effekte überwiegend für das subjektive Wohlbefinden, die Lebensqualität und die subjektiven Beschwerden und sogar für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen belegen, weniger hingegen für objektive Lungenfunktionsparameter (RINGSBERG et al., 1990). Wenn sich derartige Asthma-Schulungen jedoch auf die Vermittlung von Wissen über die Pathophysiologie, die Wirkungsweise von Medikamenten und einfache Atemtechniken beschränken, ist ihr Nutzen eher gering. Aus diesem Grunde sollten derartige Schulungsprogramme vermehrt *psychotherapeutische Angebote* – als Einzel- und als Gruppenintervention – enthalten.

Bei einer größeren Zahl der asthmatischen Patienten, auch derjenigen, die an einem chronischen Asthma leiden, sind psychotherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne indiziert. Generell gilt, daß Psychotherapie auch

bei der Behandlung des Asthma wirksam ist. Zur differentiellen Indikation – für welchen Patienten wann welches psychotherapeutische Verfahren – gibt es allerdings bislang keine empirisch gesicherten Erkenntnisse, so daß die Entscheidung im Einzelfall, vor allem die Entscheidung über das psychotherapeutische Verfahren, von der klinischen und diagnostischen Kompetenz des Arztes, aber auch von Faktoren wie dem Angebot an Psychotherapie bestimmt wird.

Insbesondere bei Patienten, die durch eine erhebliche Nervosität/Ängstlichkeit beeindruckt sind, häufig übende Verfahren wie Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation indiziert, auch wenn es für die pathophysiologischen Wirkmechanismen der in vielen Fällen wirksamen Entspannungsverfahren bislang keine Erklärungen gibt. Allerdings wirkt Autogenes Training – wie in anderen Bereichen – offensichtlich erst dann, wenn es über mehrere Monate oft und regelmäßig praktiziert wird. So konnten HENRY et al. (1993) eine 15 Prozent Verbesserung der peak-flow-Werte erst nach einer 8monatigen Gruppenbehandlung (1×/Woche) beobachten, bei der die Patienten außerdem 3×/Woche mindestens 15 Minuten üben sollten.

Klassische verhaltenstherapeutische Techniken haben sich bei der Behandlung des Asthma bislang nicht als wirksam erwiesen (RICHTER u. DAHME, 1982). Dieses gilt insbesondere auch für die Biofeedback-Techniken, die nur in seltenen Einzelfällen und dann in der Regel als ein die Entspannung unterstützendes Verfahren indiziert sind. Die therapeutischen Effekte (vgl. MASS et al., 1993) sind bei kritischer Betrachtung gering. Auch die direkte Rückmeldung des Atemwegswiderstandes hat sich nicht als therapeutisch wirksam erwiesen. So wurde in der Hamburger Forschungsgruppe mit sehr aufwendigen apparativen Methoden versucht, die willentliche Veränderung des Atemwiderstandes zu trainieren. Da asthmatische Patienten dazu neigen, sich durch eine vermehrte Brustatmung Erleichterung zu verschaffen, mußte eine Verschiebung der Atemmittellage verhindert werden. Die dann noch beobachtbare Abnahme des Atemwiderstandes, die vermutlich durch eine Veränderung des Broncho-

motorentonus bedingt ist, läßt sich zwar bei einigen Patienten auch statistisch nachweisen, ihr therapeutischer Nutzen ist jedoch – wie schon in anderen vergleichbaren Studien – verschwindend gering.

Für ein sechswöchiges *Therapieprogramm* in Kleingruppen im Rahmen einer stationären Rehabilitation hingegen konnte STERZER-BREITENBÜCHER (1988) bei einer Katamnese nach sechs Monaten zeigen, daß die Kombination von Autogenem Training und einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schulungsprogramm zu signifikanten Verbesserungen der peak-flow-Werte und der subjektiven Beschwerden geführt hat. Diese Studie ist ein gutes Beispiel dafür, daß erstens die Kombination verschiedener therapeutischer Techniken und zweitens die Erweiterung einer herkömmlichen Asthma-Schulung um psychotherapeutische Elemente zu einer wirksamen Interventionsform führen, die auch im ambulanten Bereich, etwa in Kooperation zwischen Internisten und Psychotherapeuten realisierbar wäre.

Wiederholt wurden gute klinische Ergebnisse von auch längerfristigen *psychoanalytisch orientierten Einzelbehandlungen* berichtet, so daß die Behandlungsmethode nach wie vor – allerdings nur bei einem Teil der asthmatischen Patienten – eine Therapie der Wahl ist. Vor kurzem wurde von JUNKER (1993) die eindruckliche autobiographische Verlaufsbeschreibung seiner eigenen psychoanalytischen Behandlung vorgelegt.

Nach einer schweren Beziehungskrise erkrankte der Autor – selber Psychoanalytiker – an einem Asthma mit lebensbedrohlichen Anfällen und begab sich in Behandlung bei einem Kollegen. In dieser eindrucklichen Beschreibung werden die psychogenen Anteile dieser Krankheit ebenso wie die verschiedenen Phasen des analytischen Prozesses deutlich, die letztlich zu einer vollständigen Heilung führen.

Die wohl wirksamste Behandlung dürfte jedoch auch bei chronisch erkrankten Patienten eine syndrom-spezifische *psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie* sein, die in Kombination mit der internistisch-medikamentösen Behandlung und physiotherapeutischen Maßnahmen durchgeführt wird. DETER

(1986) konnte in einer kontrollierten Studie zeigen, daß diese Behandlungsform auch nach Abschluß der einjährigen ambulanten Gruppentherapie noch zu nachweisbaren Verbesserungen der Symptomatik führt und daß die direkten Effekte der Gruppenpsychotherapie mit erheblichen Einsparungen der Behandlungskosten verbunden waren. Auch wenn die Durchführung derartiger psychosomatischer Kombinationsbehandlungen durchaus aufwendig sein kann, wenn sich die beteiligten Behandler – Internist/Hausarzt, Physiotherapeut und Psychotherapeut – im Team über die einzelnen Behandlungsschritte und vor allem über den einzelnen Patienten persönlich austauschen, so dürfte sie doch für die Mehrheit der asthmatischen Patienten nach dem heutigen Stand der Forschung die Therapie der Wahl sein.

## Literatur

- COLLISON DAVID R: Hypnotherapy in the management of asthma. *Am J Clin Hypnosis* 11, 6–11, 1968
- COMROE JH: Some theories of the mechanisms of dyspnea. In HOWELL JBL, CAMPBELL EJM (eds) *Breathlessness*. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1966
- DAHME B, KOENIG R, NUSSBAUM B, RICHTER R: Haben Asthmatiker Defizite in der Symptomwahrnehmung? Quasi-experimentelle und experimentelle Befunde zur Interozeption der Atemwegsobstruktion. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 490–9, 1991
- DE BOOR C: *Zur Psychosomatik der Allergie insbesondere des Asthma bronchiale*. Klett, Stuttgart 1965
- DETER HC: *Psychosomatische Behandlung des Asthma bronchiale*. Springer, Heidelberg 1986
- HENRY M, DE RIVERA JL, GONZALEZ-MARTIN IJ, ABREU J: Improvement of respiratory function in chronic asthmatic patients with autogenic therapy. *Psychosomatic Research* 37, 265–270, 1993
- ISENBERG SA, LEHRER PM, HOCHRON S: The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asthma: A review and a hypothesis regarding vagal mediation. *Psychosom Med* 54, 192–216, 1992a
- ISENBERG SA, LEHRER PM, HOCHRON S: The effects of suggestion on airways of asthmatic subjects breathing room air as a suggested bronchoconstrictor and bronchodilator. *J Psychosom Res* 36, 769–76, 1992b
- JANSON C, BJOERNSSON E, HETTA J, BOMAN G: Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 149, 930–934, 1994
- JANSON-BJERKLIE S, FERKETICH S, BENNER P, BECKER G: Clinical markers of asthma severity and risk: Importance of subjective as well as objective factors. *Heart Lung* 21, 265–272, 1992
- JORES A, VON KEREKJARTO M: *Der Asthmatiker, Ätiologie und Therapie des Asthma bronchiale in psychologischer Sicht*. Huber, Bern 1967
- JUNKER H: *Nachanalyse*. Edition diskord, Tübingen 1993
- KINSMAN RA, DAHLEM NW, SPECTOR S, STAUDENMAYER H: Observations on subjective symptomatology, coping behavior, and medical decisions in asthma. *Psychosom Med* 39, 102–119, 1977
- KINSMAN RA, DIRKS JF, DAHLEM NW, HELLER AS: Anxiety in asthma: Panic-fear symptomatology and personality in relation to manifest anxiety. *Psychol Reports* 46, 196–198, 1980
- LIEDTKE R: *Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit*. Springer, Berlin 1987
- MASS R, DAHME B, RICHTER R: Clinical evaluation of a respiratory resistance biofeedback training. *Biofeedback Self Regul* 18, 211–223, 1993
- MAWHINNEY H, SPECTOR SL, HEITJAN D, KINSMAN RA, DIRKS JF, PINES I: As-needed medication use in asthma usage patterns and patient characteristics. *J Asthma* 30, 61–71, 1993
- MEYER AE, WEITEMEYER W: Zur Frage krankheitsdependenter Neurotisierung. Psychosomatische-varianzanalytische Untersuchungen an Männern mit Asthma bronchiale, Lungentuberkulose oder Herzvitien. *Arch Psychiatr Zeitschr Ges Neurol* 209, 2–29, 1967
- MRAZEK DA, KLINNERT MD, MRAZEK P, MACEY T: Early asthma onset: Consideration of parenting issues. *American Acad Child Adolesc Psychiat* 30, 277–282, 1991
- MULLEN ML, MULLEN B, CAREY M: The association between  $\beta$ -agonist use and death from asthma. *J Am Med Ass* 270, 1843–1845, 1993
- NOLTE D: Asthma bronchiale: Neues Verständnis von der Pathogenese – Umdenken in der Therapie. *Med Klin* 88, 388–389, 1993
- OPPERMANN M, LELOW B, DAHME B, RICHTER R: Identifikation von Auslösebedingungen für einen unmittelbar zurückliegenden schweren Asthmaanfall. *Prax Psychother Psychosom* 36, 148–159, 1991
- PURCELL K, ET A: The effect on asthma in children of experimental separation from the family. *Psychosom Med* 31, 144–164, 1969
- RICHTER R: Auslösung und Unterhaltung des Asthmas durch psychologische Faktoren. In SCHULTZE-

- WERNINGHAUS G, DEBELIC M (Hrsg.) Asthma bronchiale. 190, Springer, Berlin 1988 a
- RICHTER R: Erfahrungen mit Asthmapatienten auf einer internistischen Station. In RECHENBERGER HG (Hrsg.) Psychotherapie und Innere Medizin. 145, Pfeiffer, München 1988 b
- RICHTER R, DAHME B: Bronchial asthma in adults: There is little evidence for the effectiveness of behavioral therapy and relaxation. *J Psychosom Res* 26, 533–540, 1982
- RINGSBERG KC, WIKLUND I, WILHELMSSEN L: Education of adult patients at an «asthma school»: Effects on quality of life, knowledge and need for nursing. *Europ Respir J* 3, 33–37, 1990
- RUBINFELD A, PAIN M: Perception of asthma. *Lancet* 24, 882–884, 1976
- SCHOEBINGER R, FLORIN I, REICHBAUER M, LINDEMANN H, ZIMMER C: Childhood asthma: Mothers' affective attitude, mother-child interaction and children's compliance with medical requirements. *J Psychosom Res* 37, 697–707, 1993
- SCHOEBINGER R, FLORIN I, ZIMMER C, LINDEMANN H, WINTER H: Childhood asthma: Paternal critical attitude and father-child interaction. *J Psychosom Res* 36, 743–750, 1992
- SCHÜFFEL W, HERRMANN JM, DAHME B, RICHTER R: Asthma bronchiale. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, 4. Aufl., S. 745–760, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- SCHULTZE-WERNINGHAUS G: Epidemiologie. In SCHULTZE-WERNINGHAUS G, DEBELIC M (Hrsg.) *Asthma: Grundlagen – Diagnostik – Therapie*, S. 3, Springer, Heidelberg 1988
- SCHULTZE-WERNINGHAUS G, DEBELIC M: *Asthma: Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Heidelberg 1988
- STERZER-BREITENBÜCHER G: Kognitiv-verhaltensorientierte Gruppentherapie mit Asthma-bronchiale-Patienten. In DETER H-C, SCHÜFFEL W (Hrsg.) *Gruppen mit körperlich Kranken – Eine Therapie auf verschiedenen Ebenen*, S. 111, Springer, Heidelberg 1988
- TETZLAFF K, LELOW B, STAUD R-D, DAHME B, RICHTER R: Subjektive Streßfaktoren und Dyspnoe bei Asthmapatienten im Zeitverlauf. *Pneumol* 48, 240–244, 1994
- WORTH H: Patient education in asthmatic adults. *Monaldi Archiv Chest Dis* 48, 155–158, 1993

## C. Störungen des Verdauungstraktes

### C.1 Funktionelle gastrointestinale Störungen: funktionelle Dyspepsie, irritables Colon, Laxantienmißbrauch

HELLMUTH FREYBERGER, HARALD J. FREYBERGER

#### 1. Funktionelle Dyspepsie

##### 1.1 Definition, Symptomatik, Verlauf

Der Begriff «Dyspepsie» umfaßt Symptome, die der Patient im Oberbauch wahrnimmt und die vom Arzt auf die Bereiche des oberen Gastrointestinaltraktes, der Leber und des Pankreas bezogen werden. Sofern keine organischen Substrate nachweisbar sind, wird von funktioneller Dyspepsie gesprochen. Wenn die Dyspepsie bereits mehrere Wochen andauert, liegt die *chronische* funktionelle Form vor, deren Verlauf zumeist schubweise mit zwischenzeitlicher Beschwerdefreiheit ist. Es werden folgende vier funktionell-dyspepti-

schen Beschwerdekategorien unterschieden (HOTZ et al., 1992 b): der *gastroösophageale Reflux*, der *sogenannte Ulkustyp*, die *Motilitätsstörung* und die *Aerophagie* (Tab. 1).

Diese Unterteilung verdeutlicht, daß die funktionelle Dyspepsie als Folge von unterschiedlichen Funktionsstörungen des oberen Gastrointestinaltraktes zu verstehen ist. Die durch den gastroösophagealen Reflux verursachten dyspeptischen Symptome werden auch unter dem Begriff *Refluxkrankheit* zusammengefaßt. Eine Störung des Verschlusmechanismus des unteren Speiseröhrensphinkters gilt als wesentliche Voraussetzung. Neben einem Säureschmerz sollen Motilitätsstörungen wesentlich sein, die durch das Zurückfließen von Mageninhalt in die Speiseröhre ausgelöst werden. Bei den im *Magen- und Duodenalbereich* lokalisierten funktionellen Dyspepsien wei-

Tabelle 1: Die vier Beschwerdekategorien der funktionellen Dyspepsie (nach HOTZ, 1992 b).

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. Gastroösophagealer Reflux | Sodbrennen, saures Aufstoßen, akuter (aber nicht cardialer) Retrosternal-schmerz, Herzdruck, Übelkeit, epigastrischer Schmerz |
| 2. Sog. Ulkustyp             | Epigastrischer Druckschmerz, Nüchternschmerz, Schmerzlinderung nach kleinen Mahlzeiten  |
| 3. Motilitätsbezogen         | Druck- und Völlegefühl sowie vorzeitiges Sättigungsgefühl, Nahrungs-unverträglichkeit, diffuse-variable Schmerzen             |
| 4. Aerophagie                | Postprandiales Luftaufstoßen («Rülpsen») ohne erwünschte Erleichterung  |

sen 60 Prozent der Patienten primäre Motilitätsstörungen mit postprandialer antraler Hypomotilität, Magenentleerungsstörung und Irritation im Bereich des interdigestiven Motorkomplexes auf; ebenso Veränderungen im Motilitätsablauf des Duodenums mit duodenogastralen Refluxepisoden.

Der Verlauf der Refluxkrankheit läßt sich anhand einer «Zehnerregel» festhalten (RÖSCH, 1993): Jeder zehnte Bundesbürger klagt wöchentlich über Refluxbeschwerden; bei jedem zehnten Refluxkranken findet sich eine Refluxösophagitis; bei jeder zehnten Refluxösophagitis kommt es zum Ersatz des Plattenepithels durch Zylinderepithel in der distalen Speiseröhre (Barret-Syndrom); bei jedem zehnten Barret-Ösophagus entwickelt sich ein Adenokarzinom. Weitere Refluxfolgen können Auswirkungen auf das Bronchialsystem (Möglichkeit von asthmatischen Episoden) und die Koronarien sein, denn Speiseröhre, Atemwege und Herzkranzgefäße werden vom gleichen vegetativen Nervengeflecht versorgt. Auch können retrosternale Refluxbeschwerden über einen Blutdruck- und Frequenzanstieg zur Zunahme des myokardialen Sauerstoffverbrauches mit nachfolgender Myokardischämie führen.

## 1.2 Epidemiologie

Nach HOLTSMANN et al. (1992) treten bei etwa 30 Prozent der deutschen Bevölkerung mindestens einmal jährlich dyspeptische Beschwerden gleich welcher Ursache auf. Auch wenn die Mehrzahl nicht behandelt werden muß, sucht deshalb pro Jahr etwa ein Prozent der städtischen Bevölkerung die ärztliche Sprechstunde auf. Organische Befunde, welche die Beschwerden erklären, lassen sich nur bei jedem zweiten erheben. Deshalb kann bei 50 Prozent der Patienten mit dyspeptischen Beschwerden die *funktionelle Verlaufsform* angenommen werden. HOTZ (1992 a) rechnete die Kostendaten einer schwedischen Studie für Patienten mit funktioneller Dyspepsie auf die deutschen Verhältnisse um und gelangte zu dem Schluß, daß die Gesamtkosten jährlich etwa 6.5 Milliarden DM betragen. Die direkten Kosten infolge ambulanter und stationärer Therapie sowie Medikamentenverbrauch in Höhe von 600 Millionen DM machten jedoch nur 10 Prozent der Gesamtkosten aus. Demgegenüber ließen sich die indirekten Kosten infolge Arbeitsunfähigkeit und Berentung auf 5.8 Milliarden DM beziffern.

## 1.3 Störung der Perzeption

Bei Patienten mit funktioneller Dyspepsie (aber auch irritablem Colon, s. u.) konnte experimentell eine *intestinale Hypersensibilität* auf der Grundlage einer veränderten *gastrointestinalen Sensorik* nachgewiesen werden.

Wenn nämlich die intestinalen Abschnitte der Speiseröhre, des Magen-/Duodenalbereiches und des Dickdarms mittels eines Ballons gedehnt werden, geben die Patienten mit funktioneller Störung – im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen – bereits bei geringerer Darmdistension deutliche Schmerzen an. Das heißt: Patienten mit diesen drei gastrointestinalen Funktionsstörungen können schon physiologische Motilitätsmuster häufiger und intensiver als abdominale Mißempfindung wahrnehmen (ENCK et al., 1993). Das Ausmaß der Perzeption der funktionellen Störung durch den Patienten hängt also entscheidend mit ab von dessen subjektiver Bewertung. Diese Unterschiede zwischen Patienten mit funktioneller Dyspepsie und gesunden Kontrollpersonen werden aber nicht nur auf die abweichende Wahrnehmungsschwelle bezogen, sondern auch auf eine ausbleibende reflektorische Relaxation der lokalen intestinalen Bereiche nach dem gegebenen Dehnungsreiz zurückgeführt.

Ausgehend von der intestinalen Hypersensibilität haben sich HOLTSMANN et al. (1994) auch mit der Beobachtung beschäftigt, daß funktionelle dyspeptische Beschwerden häufiger sind als die Zahl jener Patienten, die deshalb behandelt werden. Behandelt wird lediglich jeder dritte Betroffene. Die Autoren erklären diese Diskrepanz dadurch, daß jene Patienten, die – nach Art einer Selbstselektion – ärztliche Behandlung suchen, ihre dyspeptischen Beschwerden intensiver bewerten als jene Patienten mit den gleichen gastrointestinalen Symptomen, die ihre Beschwerden weniger konturiert wahrnehmen. Die arztsuchenden Patienten zeigen aber nicht nur häufiger manifeste und objektiv ausgeprägtere dyspeptische Beschwerden, sondern auch deutlicher ausgebildete psychopathologische Züge. Auch äußerten HOLTSMANN et al. hypothetisch, daß die erniedrigte Wahrnehmungsschwelle – ähnlich wie auch bei Colon-irritable-Patienten (s. u.) – durch *psychische Belastungen* mitbedingt werden kann. Seelische Stressoren würden also den Krankheitswert der funktionellen

dyspeptischen Beschwerden nachhaltig bestimmen. Tatsächlich konnte von BRADLEY et al. (1993) psychoexperimentell nachgewiesen werden, daß bei Patienten mit Refluxkrankheit im Falle eines gleichzeitig bestehenden chronischen Angst-zustandes und existentem Umgebungsstreß die Wahrnehmungsschwelle für Refluxsymptome erniedrigt wurde, ohne daß aber die Säurekonzentration der Speiseröhre erhöht war.

Ferner ist für funktionelle dyspeptische Beschwerden charakteristisch, daß diese überzufällig häufig mit *extraintestinalen Symptomen* assoziiert sind. Dies haben sowohl epidemiologische Studien an Personen mit funktionellen dyspeptischen Beschwerden der Bevölkerung als auch Studien an Patienten mit funktioneller Dyspepsie übereinstimmend ergeben. Hier sind insbesondere Kopfschmerz, Schlafstörung, Rückenbeschwerden und vorzeitige Erschöpfbarkeit zu nennen. Es wird vermutet, daß diese Zusammenhänge ebenfalls auf einer verminderten Wahrnehmungsschwelle beruhen (HOLTMANN et al., 1994).

#### 1.4 Psychopathologische und psychodynamische Befunde

##### 1.4.1 Gastroösophagealer Reflux

Patienten mit Refluxkrankheit geben nicht nur eine Zunahme ihres Sodbrennens angesichts von äußeren Stressoren an, sondern können darüber hinaus auch deutliche Züge von Depressivität und Ängsten sowie gehäuft somatoforme Störungen aufweisen (BRADLEY et al., 1993).

Möglicherweise ergibt sich zukünftig ein weiterer psychosomatischer Zugang bei diesen Patienten, weil deren Schleimhautveränderungen (im Sinne der Refluxösophagitis) ebenfalls aus einem *gestörten Gleichgewicht von aggressiven Faktoren* (gastroösophageales Refluat) und *defensiven Faktoren* (Schleim-hautschutz) resultieren; entsprechend den Vorstellungen der Ulkushatogenese (s. Kap. IV. C.2.).

##### 1.4.2 Beschwerden im Magen-Duodenalbereich

PLATZ et al. (1993) fanden in einer empirischen Untersuchung bei 25 Patienten mit

funktionellen Magenbeschwerden und bei einer Untergruppe von Ulcus-duodeni-Patienten das Vorliegen eines *Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonfliktes* signifikant häufiger (nämlich zu 80 %) im Vergleich zu 21 (5 %) Patienten mit funktioneller muskuloskelettaler Störung und 139 Personen (15 %) ohne funktionelle Störung. Eng verknüpft mit den Magenbeschwerden waren bei den Dyspepsiepatienten depressiv-orale Züge (sowohl in Partnerschaften als auch auf beruflicher Ebene) sowie gesteigerter Nikotin- und Alkoholkonsum. Die Autoren konnten auch bei ihren Patienten die Entstehung des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonfliktes durch psychotraumatische Kindheitsentwicklungen belegen. Dies äußerte sich vor allem anhand der beiden Variablen «eingeschränktes Aggressionsverhalten» sowie «chronifiziertes Spannungsverhältnis zu Brüdern und Schwestern». Später auftretende Konsequenzen dieses Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonfliktes sind nach PLATZ et al. *defizitäres Aggressionsverhalten* (im Sinne der aggressiven Hemmung) und die Gestaltung der Partnerkontakte nach Art von *Mutter-Sohn-* bzw. *Vater-Tochter-Beziehungen*. Wenn bei diesen Patienten infolge von nicht bewältigten Versagungserlebnissen (vor allem Objektverlusten) die bewußten oder unbewußten Abhängigkeitswünsche frustriert würden, komme es zu regressiven Abläufen mit dem verstärkten Zutreten von infantil-oralen Wünschen. Nach PLATZ et al. kann dieser regressive Prozeß – parallel zur ungenügenden Einsicht des Patienten in sein unbewältigtes Objektverlusterlebnis – geeignet sein, vegetative Dysregulationen – insbesondere auch eine Dyspepsie – nach sich zu ziehen («der Patient klagt über seine körperlichen Beschwerden, sieht aber nicht seine Emotionen»). KANE et al. (1991) überprüften empirisch 210 Patienten mit funktioneller Dyspepsie. Eine generalisierte Angststörung wiesen 70 Prozent der Patienten auf; bei weiteren 30 Prozent lag eine Panikstörung vor. Bei beiden Patientengruppen ließen sich in jeweils 35 Prozent der Fälle auch ausgeprägtere neurotisch-depressive Symptome nachweisen. Angststörungen und neurotische Depression koinzidierten vor allem bei jenen

Patienten, die zusätzlich – im Sinne der Symptome des gastroösophagealen Refluxes – an retrosternalem Schmerz und Herzdruck litten, zusammen mit hypochondrischen Vorstellungen, welche die Befürchtung einschlossen, an einer organischen Herzerkrankung zu leiden. Deshalb fand sich bei diesen Patienten ein erhöhter Verbrauch an Nitroglyzerin-Präparaten. Ferner zeigten KANE et al. auf, daß bei funktionell-dyspeptischen Patienten die krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitsraten signifikant höher als bei Ulcus-duodeni-Patienten lagen. Während bei den Ulkuspatienten vor allem abdominelle Symptome die wichtigste Ursache der Arbeitsunfähigkeit darstellten, wurde die Arbeitsunfähigkeit bei den Patienten mit funktioneller Dyspepsie auch durch nichtabdominelle Beschwerden, insbesondere des Muskel-Skelettsystems, begründet. Daher ließ sich hier auch ein gesteigerter Verbrauch an muskelrelaxierenden Medikamenten nachweisen.

Während bei der Interpretation der Befunde von PLATZ et al. eindeutig der psychodynamische Gesichtspunkt überwiegt, dominiert innerhalb der Beschreibungen von KANE et al. der psychopathologische Aspekt mit symptomatologischem Schwerpunkt auf ausgeprägten Angstsymptomen. Diese inhaltliche Diskrepanz der beiden Befunddokumentationen dürfte dadurch erklärbar sein, daß PLATZ et al. ihre Patienten innerhalb eines psychoanalytisch-psychosomatischen Settings gesehen haben, während die Patienten von KANE et al. vor allem im Rahmen eines psychiatrischen Settings untersucht wurden. Hier stellen sich Patienten mit stark beeinträchtigenden Angstsyndromen häufiger vor. In diesem Zusammenhang sind noch die Befunde von LYDIARD et al. (1994) erwähnenswert. Ausgehend von einer umfassenden epidemiologischen Studie stellten die Autoren bei 18 000 erwachsenen Menschen fest, daß Patienten mit Panikstörung signifikant häufiger an funktionellen gastrointestinalen Beschwerden litten.

SLOTH et al. (1989) erhoben nach der Erstuntersuchung von 40 funktionell dyspeptischen Patienten fünf bis sieben Jahre später Katamnesen auf der Grundlage psychodynamischer Erstinterviews und psychologischer

Tests. Die Autoren stellten fest, daß für diese Patienten Ängste und Depressivität im Sinne von «primär kausalen» Faktoren charakterisch waren, die hinsichtlich des weiteren Verlaufes deutlich stärkere Ausprägungen erreichten als in einer Vergleichsgruppe von orthopädischen Patienten mit erheblicher Schmerzsymptomatik. Ausgehend von ihren Katamnesen konstatierten SLOTH et al. bei ihren Patienten eine ungünstige Verlaufsprognose hinsichtlich der körperlichen Beschwerden, wenn eine erniedrigte Toleranzgrenze für Schmerzen und narzißtische Kränkbarkeit vorlagen und im Hinblick auf Schulabschluß und berufliche Ausbildung die Zugehörigkeit zur sogenannten unteren Sozialschicht erkennbar war.

### 1.5 Psychotherapie

MCDONALD-HAILE et al. (1994) wiesen auf der Grundlage einer kontrollierten Studie bei 20 Patienten mit Refluxkrankheit nach, daß das *Entspannungstraining* (im Sinne der progressiven Muskelrelaxation, s. Kap. III.G.) eine sehr wünschenswerte Ergänzung der medikamentösen Behandlung (säurehemmende oder -neutralisierende Substanzen) darstellen kann.

Wenn die Patienten psychoexperimentell einem akuten psychischen Stressor ausgesetzt wurden, zeigten sie nicht nur gesteigerte Werte hinsichtlich Herzfrequenz, Blutdruck und Angstscores, sondern sie gaben auch die Intensivierung von Refluxsymptomen an, ohne daß jedoch die ösophageale Säurekonzentration deutlich erhöht war. Sofern unmittelbar nach dieser Streßkonfrontation die Entspannungstherapie durchgeführt wurde, kam es bei den Patienten zum prompten Rückgang der vorher gesteigerten Kreislaufparameter und der Angstscores; ferner auch der Refluxsymptome und der ösophagealen Säurekonzentration. Demgegenüber fehlten diese prompten Reduktionen (einschließlich der ösophagealen Säurekonzentration) bei jenen Kontrollgruppepatienten, die statt der Entspannungstherapie lediglich eine Placebo-Zuwendungsintervention erhalten hatten.



## 2. Irritables Colon (Reizdarm)

### 2.1 Definition und Symptomatik

Die typischen Beschwerden des Patienten mit irritablem Colon sind Abdominalschmerz von wechselnder Lokalisation und Intensität sowie Obstipation (vorherrschend) und/oder Diarrhoe (Tab. 2).

Tabelle 2: Symptome des Colon irritabile (modifiziert nach HOTZ, 1992 b).

- 
- Bauchschmerzen
  - Meteorismus
  - Blähungen
  - Chronische Obstipation
  - Wechsel von Obstipation zur Diarrhoe
  - Schleimauflagerungen des Stuhls
  - Beschwerderückgang nach dem Stuhlgang, Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung
  - Vegetative Beschwerden
  - Psychische Störungen
- 

### 2.2 Epidemiologie

LINHART (1989) fand bei 873 prospektiv untersuchten Patienten mit mehr als dreimonatigem abdominellen Schmerz in 54,8 Prozent der Fälle ursächlich funktionelle Störungen. 40 Prozent dieser Patienten, überwiegend Frauen, wiesen ein typisches irritables Colon auf. Nach JONES et al. (1990) stellt der Reizdarm die häufigste funktionelle gastroenterologische Störung dar mit einer geschätzten Prävalenz von 30 Prozent in der Allgemeinbevölkerung. Die Autoren führten in Southampton eine Umfrage durch, wobei von 2280 angeschriebenen Personen in acht Allgemeinpraxen 1620 antworteten. 25 Prozent berichteten über mehr als sechs Episoden von Bauchschmerz im vergangenen Jahr; 23 Prozent gaben Symptome an, die sich mit der Diagnose eines irritablen Colons deckten. Das Verhältnis Männer zu Frauen betrug 1:1,38. Lediglich ein Drittel der angeschriebenen Patienten hatte medizinische Hilfe gesucht. Zur Altersverteilung fand LINHART anhand von 100 Colon-irritabile-Patienten einen Häufigkeitsgipfel zwischen 40 und 60 Jahren.

### 2.3 Psychopathologische und psychodynamische Befunde

Nach DROSSMAN et al. (1990) sucht – ebenfalls im Sinne einer Art einer *Selbstselektion* – nur ein Teil der Colon-irritabile-Patienten (sog. «Inanspruchnahme-Patienten») den Arzt auf. Es handelt sich vor allem um jene, die eine erhebliche *seelische Beeinträchtigung* aufweisen, ohne daß im Einzelfall dem Patienten seine psychische Störung voll bewußt wird. Die Patienten haben die Vorstellung, körperliche Beschwerden machten den Arztkontakt notwendig. Die seelische Beeinträchtigung zeichnet sich durch einen engen ursächlichen Zusammenhang mit deutlichen psychosozialen Faktoren aus, insbesondere psychotraumatischen Erlebnissen und Krankheitserfahrungen während der frühen Kindheit, die auf gestörten Eltern-Kind-Interaktionen (vor allem stark ambivalenter Mutter- beziehung) beruhen. Im einzelnen umfassen nach DROSSMAN et al. die seelischen Beeinträchtigungen eine *Frustrationsintoleranz* mit dem Bedürfnis nach «oralen» Bestätigung (auch im Kontakt mit Ärzten) sowie die *Vermeidung von konfliktbesetzten Situationen* und eine eingeschränkte Problemwahrnehmung. Ferner zeigen sich eine *defizitäre Qualität der Objektbeziehungen* (einschließlich zu Ärzten) sowie die hypochondrische Besetzung der gestörten somatischen Funktion, die auch die ständige Suche nach organisch begründeten Faktoren und das Verlangen nach erneuten somatischen Untersuchungen betreffen. Schließlich wird auch bei diesen Patienten nicht nur das gehäufte Vorkommen von *Angststörungen* (s.o.) beobachtet, sondern auch eine *erniedrigte Wahrnehmungsschwelle* (im Sinne der Perzeptionsstörung, s.o.) hinsichtlich kolischer und nichtkolischer Symptome (Kopfschmerz, Rückenbeschwerden, vorzeitige Erschöpfbarkeit, gesteigerter Harndrang; MAXTON et al., 1991).

Im Gegensatz zu dieser Gruppe von arztsuchenden Patienten weisen offenbar jene Patienten, die den Arzt nicht so häufig oder gar nicht aufsuchen (sog. «Nicht-Inanspruchnahme-Patienten») weniger deutliche psychische Beeinträchtigungen auf (SMITH et al., 1990). In der Sicht von DROSSMAN et al. sowie

SMITH et al. zeigen die sogenannten «Nicht-Inanspruchnahme-Patienten» auf Interviewbasis und testpsychologisch – im Vergleich zu den arztsuchenden Patienten – eher Zeichen der Ich-Stärke, weniger frustrierende Lebenssituationen, besseres Umgehen können mit den körperlichen Beschwerden und geringere Krankheitsepisoden während der Kindheit sowie beträchtlich weniger Arztkontakte auch wegen nichtgastrointestinaler Beschwerden.

Bei Patienten mit irritablem Colon wurde anhand von zwei kontrollierten Studien auch retrospektiv der Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen (im Sinne von Objektverlusten) und Beginn der funktionellen Darmbeschwerden systematisch untersucht. Es zeigte sich bei diesen Patienten nicht nur eine deutliche Häufung von Verlusterlebnissen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen (MENDELOFF et al., 1970), sondern auch ein höheres Ausmaß an subjektiv belastenden Objektverlusten gerade in den letzten Monaten vor Beginn der Darmsymptomatik (FAVA et al., 1976). Ergänzend zu diesen Befunden fanden zwei Autorengruppen (CREED et al., 1987; CORNEY et al., 1990), daß 50 Prozent jener Patienten mit irritablem Colon, die ambulant oder stationär in klinisch-gastroenterologischen Settings untersucht wurden, deutliche Anhaltspunkte für aktuelle, ungelöste Konfliktsituationen oder/und chronische neurotische Entwicklungen aufwiesen, zusammen mit dem Nachweis einer eindeutigen Beziehung zwischen seelischem Streß und nachfolgender Beschwerdemanifestation.

## 2.4 Psychotherapie

### 2.4.1 Psychosomatische Grundversorgung

Da innerhalb der gesamten gastroenterologischen Patientengruppe die funktionellen Störungen (mit Schwerpunkt auf irritablem Colon) fast 50 Prozent ausmachen, ist zu erwarten, daß die hierher gehörigen Patienten beim Primärarzt einen relativ großen Anteil darstellen; auch wenn wir damit zu rechnen haben, daß nur ein Teil dieser Patienten den Arzt aufsucht. Im Einzelfall ist grundsätzlich zu klären, ob der Patient für Psychotherapie motiviert werden kann oder nicht (Tab. 3). Die gezielte *therapeutische Weichenstellung* im Sinne dieser *Motivierung* ist eminent wichtig. Deren Versäumen kann nämlich für den Patienten eine sehr gravierende Konsequenz bedeuten: die Chronifizierung seiner seelischen Problematik und seiner davon abhängigen funktionellen Störung mit der Möglichkeit des Überganges in einen irreversibel verfestigten Erkrankungszustand, der vorher noch behandelbar gewesen wäre, wenn rechtzeitig eine psychotherapeutische Intervention stattgefunden hätte. Sofern sich beim Patienten die Motivation erarbeiten läßt, kann er zum Fachpsychotherapeuten überwiesen werden. Wenn aber der Primärarzt über eine zusätzliche psychotherapeutische Kompetenz verfügt, kann er selber klären, ob er imstande ist, beim Patienten eine Psychotherapie durchzu-

Tabelle 3: Psychotherapieverfahren und psychosomatische Grundversorgung bei Colon irritabile.

| Psychotherapieverfahren                    | Effekte  | Psychosomatische Grundversorgung  |
|--|--|---|
| psychodynamisch<br>verhaltenspsychologisch | seelische Veränderung<br>und<br>Verminderung der<br>Perzeptionsstörung | Psychotherapie-Motivierung<br><br>Überweisung zum<br>Fachpsychotherapeuten<br>oder:<br>eigenständige Verwirklichung<br>der Kurztherapie |
| Hypnose                                    | Entspannung und<br>Verminderung der<br>Perzeptionsstörung              | Bei fehlender Motivation:<br>Supportive Langzeit-<br>psychotherapie, Antidepressiva<br>Analgetische Interventionen                      |

führen. Diese Möglichkeit bietet sich für den Primärarzt auch deshalb an, weil offenbar bei Patienten mit irritablem Colon die Indikation zu *kurzpsychotherapeutischen Verfahren* dominiert.

Wenn der Patient aber eine geringe Motivation für Psychotherapie aufweist, bieten sich einerseits die *supportive Langzeitpsychotherapie* (s. Kap. III.F.) und Antidepressiva an. Andererseits kommen als spezifische analgetische Interventionen die lokal wirkenden Analgetika und die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) in Frage.

#### 2.4.2 Kontrollierte Therapiestudien

Es existieren für Patienten mit irritablem Colon vier kontrollierte Therapiestudien aus drei Bereichen: psychodynamisch orientierte, verhaltenstherapeutische und eine hypnotherapeutische.

##### a) Psychodynamisch orientierte Studien

102 Reizdarmpatienten (77 Frauen, 25 Männer), bei denen vorher unter medikamentöser Behandlung keine Besserung eingetreten war, wurden von GUTHRIE et al. (1994) erfaßt, um die Wirksamkeit einer Kombination von *tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie* und medikamentöser Behandlung einerseits sowie ausschließlicher medikamentöser Behandlung andererseits zu vergleichen. Die Therapiegruppe umfaßte 53 Patienten (45 Frauen, 8 Männer) und die Kontrollgruppe 49 Patienten (32 Frauen, 17 Männer). Nach dreimonatiger Behandlung zeigte die Therapiegruppe eine signifikant häufigere Besserung als die Kontrollgruppe. Diese Besserung betraf die Diarrhoe und den Schmerz (weniger die Obstipation) und psychisch die eng damit verknüpften angstneurotischen und neurotisch-depressiven Beschwerden. Diese gleichzeitige Besserung von somatischen und psychischen Symptomen belegt in der Sicht von GUTHRIE et al. die hohe Relevanz von psychosomatischen Faktoren bei Patienten mit Colon irritabile. Positive prognostische Behandlungsfaktoren waren einestails faßbare Stressoren, anderenteils intermittierender Bauchschmerz und gute Introspektionsfähigkeit. Demgegen-

über konnten Patienten mit eher kontinuierlichem Schmerz therapeutisch weniger gut gebessert werden. Hier ist nach Meinung der Autoren eher an *konfliktorientierte Langzeitpsychotherapie* zu denken.

Bei 101 Patienten, deren Reizdarmbeschwerden mindestens ein Jahr lang bestanden hatten, führten SVEDLUND et al. (1993) eine kontrollierte Vergleichsuntersuchung durch, die einerseits medikamentöse Therapie sowie andererseits die Kombination aus medikamentöser Behandlung und Psychotherapie betraf. Bei der Psychotherapie handelte es sich um eine *psychoedukativ-problemlösende Einzelbehandlung* (im Sinne der dritten Stufe der supportiven Psychotherapie, s. Kap. III.F.), die zehn Sitzungen umfaßte und über einen Zeitraum von drei Monaten durchgeführt wurde. Nach diesem Behandlungszeitraum waren in beiden Gruppen somatische und psychische Besserungen zu beobachten. Die kombiniert behandelte Gruppe zeigte jedoch sowohl nach drei als auch nach 15 Monaten signifikant weniger Bauchschmerzen und Stuhlnunregelmäßigkeiten sowie auch weniger Angst und Depressivität, während es in der Gruppe der nicht-psychotherapierten Patienten ein Jahr nach der Behandlung eher zur Verschlechterung der Symptomatik gekommen war. Das eindeutig bessere Ergebnis infolge der Kombination von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie führten SVEDLUND et al. darauf zurück, daß die Patienten «sich selbst mehr kennengelernt» und bessere Möglichkeiten zum Umgang mit ihrer Lebenssituation gewonnen hatten.

##### b) Verhaltenstherapeutisch orientierte Studie

BLANCHARD et al. (1988) behandelten – unter Verwendung einer Kontrollgruppe – zehn Reizdarmpatienten auf der Basis von zwölf Sitzungen, innerhalb derer Informationen zur Muskelrelaxation, zum Fingertemperatur-Feed-Back mit Relaxation und zum Streßmanagement erteilt wurden. Eine deutliche Beschwerdebesserung trat bei sechs von zehn Patienten der Therapiegruppe zutage, während dies in der Kontrollgruppe bei nur einem von neun Patienten der Fall war. Sieben dieser neun Patienten der Kontrollgruppe erhielten nachträglich eine weiterführende Verhaltens-

therapie, woraufhin drei der Patienten ebenfalls eine Beschwerdeverbesserung aufwiesen. Die Follow-up-Untersuchung nach ein oder zwei Jahren ergab bei 8 von 14 Patienten weitere Symptombesserungen.

#### c) Hypnotherapeutische Studie

WHORWELL et al. (1984) verglichen bei 15 Reizdarmpatienten die Effektivität der Hypnotherapie (30 Minuten-Sitzungen über einen Zwölf-Wochen-Zeitraum) mit der Behandlungskombination von Medikamentenplacebo und «supportiv orientierten Gesprächen mit einem Gastroenterologen». Beide Patientengruppen zeigten nach dreimonatiger Dauer nicht nur einen Rückgang des Bauchschmerzes und des Meteorismus sowie eine Regulierung der Stuhlgangfunktion, sondern auch eine Besserung des seelischen Befindens. Diese positiven Behandlungswirkungen überwogen aber eindeutig bei der Hypnosetherapiegruppe und waren auch noch bei der Follow-up-Untersuchung 18 Monate später aufzeigbar mit besserem Resultat bei jenen Patienten, die weniger stark ausgebildete psychische Störungen zeigten. Darüber hinaus konnten WHORWELL et al. (1990) nachweisen, daß durch Hypnose auch die intestinale Hypersensibilität im Bereich des Rektums herabgesetzt werden konnte.

#### d) Folgerungen

Anhand dieser vier Behandlungsstudien wird deutlich, daß *Psychotherapie* bei Patienten mit irritabilem Colon *effektiv* sein kann. Bei vorliegender Motivation wird im Einzelfall zu untersuchen sein, ob ein Patient für psychodynamische Therapie, für Verhaltenstherapie oder für Hypnosetherapie geeignet ist. Während die therapeutischen Angriffspunkte der psychodynamischen und der verhaltenstherapeutischen Verfahren auf seelische Veränderung ausgerichtet sind, dominiert bei der Hypnose hinsichtlich des Behandlungseffektes die psychophysische Entspannung. Darüber hinaus sind alle drei Verfahren geeignet, das Ausmaß der intestinalen Hypersensibilität zu reduzieren (Tab. 3). Es ist wichtig, zu beachten, daß es sich bei den beschriebenen, empirisch begründeten vier Behandlungsprozessen um *Kurztherapien* gehandelt hat. Es gibt aber offenbar

auch eine Gruppe von Patienten, für die eine Kurztherapie nicht ausreichend ist, die aber von einer psychodynamischen *Langzeitpsychotherapie* profitieren können. Schließlich beschrieb EGLE anhand des Stichwortes «psychovegetativer Spannungszustand» (s. Kap. IV.F) eine Gruppe von Patienten mit funktionellen Abdominalbeschwerden, die *keine Motivation für Psychotherapie* aufweisen. Zu dieser Gruppe gehören sehr wahrscheinlich auch jene Patienten mit Colon irritabile, bei denen nach DROSSMAN et al. eine ausgeprägte Psychopathologie nachweisbar ist.

### 3. Laxantienmißbrauch

#### 3.1 Epidemiologie

Nach HOTZ (1993) nehmen 15 bis 30 Prozent aller über 60jährigen bzw. 25 Prozent aller Frauen und etwa 15 Prozent aller Männer über 40 Jahre sporadisch oder dauernd Laxantien ein. Die Dunkelziffer dürfte angesichts der freien Verfügbarkeit von Laxantien und der vorliegenden Verkaufszahlen sehr hoch sein. DUNCAN et al. (1992) stellten bei 30 Prozent der Patienten einer gastroenterologischen Klinik, die dort wegen «idiopathischer Diarrhoe» zur diagnostischen Abklärung gewesen waren, einen Laxantienmißbrauch fest. Auch weisen die Autoren darauf hin, daß der Laxantienabusus bei 71 Prozent der Betroffenen übersehen werde. In diagnostischer Hinsicht verweisen sie auf Trias «Gewichtsabnahme, Hypokaliämie und Psycholabilität».

#### 3.2 Klinisch-psychosomatische Aspekte

Wegen einer ausgeprägten emotionalen Besetzung ihrer Stuhlgangfunktion kann sich bei *chronisch obstipierten Patienten* ein Laxantienmißbrauch mit dem intermittierenden Leitsymptom der kologen Diarrhoe ausbilden. Die Patienten sind nämlich häufig nur wenig einsichtig hinsichtlich der ärztlichen Aussage, daß durch Abführmittelmißbrauch die Obstipation nicht gebessert, sondern eher verschlimmert wird. Während aber chronisch obstipierte Patienten zumeist ihren Laxantien-

mißbrauch offen thematisieren, wird dieser bei folgenden drei anderen Patientengruppen weitgehend verheimlicht:

1. Patienten mit *psychogener Eßstörung* (s. Kap. IV.D).
2. Patienten mit *artifizieller körperlicher Störung* (s. Kap. IV.L).
3. Patienten *ohne Anhalt* für Obstipation, Eßstörung und artifizielle körperliche Störungen.

Nicht wenige Menschen nehmen gelegentlich oder etwas häufiger Abführmittel zu sich, ausgehend von hypochondrisch begründeten Vorstellungen zur Stuhlgangfunktion; z. B. die Vorstellung von vermeintlich retinierten, zersetzten (bakteriellen) Giften, ungenügender «Entschlackung» im Sinne einer «Unreinheit» des Körpers sowie Furcht vor übersehenem Darmkrebs (ungeachtet einer wiederholt durchgeführten Abschlußdiagnostik). Ein Teil von ihnen folgt gewöhnlich der ärztlichen Empfehlung, den Mißbrauch zu lassen. Beim anderen Teil kann sich ein Laxantienmißbrauch entwickeln. Allerdings ist bei diesen Patienten Genaueres zu psychischen Struktureigentümlichkeiten nicht bekannt. Eine nicht geringe Zahl von Patienten aus der letzteren Gruppe kann die Fehldiagnose «irritables Colon» erhalten. Weil sich beide Gruppen ähneln können, muß besonderer Wert auf die Anamnese gelegt werden.

### 3.3 Psychotherapie

Psychotherapeutische Erfahrungen bei Laxantienmißbrauch liegen nicht vor.

## Literatur

- BLANCHARD EB, SCHWARZ SP, NEFF DF, GERADI MA: Prediction of outcome from the self-regulatory treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 26, 187–189, 1988
- BRADLEY LA, RICHTER JE, PULLIAM TJ, McDONALD-HAILE J, SCARINCI IC, SCHAN CA, DALTON CB, SALLEY AN: Psychological factors influence the relationship between stress and reports of gastroesophageal reflux. *Gastroenterology* 88, 11–19, 1993
- CORNEY RH, STANTON R: Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 34, 483–491, 1990
- CREED F, GUTHRIE E: Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut* 28, 1307–1318, 1987
- DROSSMAN DA, THOMPSON WG, TALLEY NJ: Identification of subgroups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 3, 159–172, 1990
- DUNCAN A, MORRIS AJ, CAMERON A: Laxative induced diarrhoea – a neglected diagnosis. *J Roy Soc Med* 85, 203–205, 1992
- ENCK P, FRIELING T: Perzeption bei gastrointestinalen Funktionsstörungen. In ZEITZ N (Hrsg.) *Ökosystem Darm V*, S. 167–180, Springer, Berlin/Heidelberg 1993
- FAVA GA, PAVAN L: Large bowel disorders; Illness configuration and life-events. *Psychother Psychosom* 27, 93–99, 1976
- GUTHRIE E, CREED F: The difficult patient: Treating the mind and the gut. *European J Gastroenterol Hepatol* 6, 489–494, 1994
- HOLTMANN G, GOEBELL H: Ursachen der funktionellen Dyspepsie. *Dt Med Wschr* 117, 1029–1034, 1992
- HOLTMANN F, GOEBELL H, TALLEY NJ: Dyspepsia in consulters and non-consulters: Prevalence, health-care-seeking behaviour and risk factors. *European J Gastroenterol Hepatol* 6, 917–924, 1994
- HOTZ J, KARK W: Das Reizmagensyndrom (nicht-ulzeröse Dyspepsie). *Medizin Klin* 87, 21–27, 1992 a
- HOTZ J: Reizmagen. In GOEBELL H (Hrsg.) *Gastroenterologie, Klinik der Gegenwart*, S. 417, Urban & Schwarzenberg, München 1992 b
- HOTZ J: Entwöhnung von Patienten nach Laxantienabusus. Falk-Foundation, Freiburg 1993
- JONES RH, LYDIARD BR, HOBBS FDR: Dyspepsia in England and Scotland. *Gut* 31, 401–405, 1990
- KANE FJ, STROHLEIN J, HARPER RG: Nonulcer dyspepsia associated with psychiatric disorder. *Southern Med J* 86, 641–646, 1993
- LINHART G: Epidemiologie. In HOTZ J et al. (Hrsg.) *Funktionelle Störungen des Verdauungstraktes*, S. 88, Springer, Berlin/Heidelberg 1989
- LYDIARD BR, GREENWALD S, WEISSMANN M: Panic disorder and gastrointestinal symptoms. *Am J Psychiatry* 151, 64–70, 1994
- MCDONALD-HAILE J, BRADLEY LA, BRADLEY M, RICHTER JE: Relaxation training reduces symptom reports and acid exposure in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 107, 61–69, 1994
- MAXTON DG, MORRIS J, WHORWELL PJ: More accurate diagnosis of irritable bowel syndrome by the use of «non colonic» symptomatology. *Gut* 32, 784–786, 1991

- MENDELOFF AI, MONK M, SIEGEL CI, LILIENFELD A: Illness experience and life stress in patients with irritable colon and ulcerative colitis. *New Engl J Med* 282, 14–17, 1970
- MÜLLER-LISSNER S, KOELZ HR: Dyspepsie: Definition, Ursachen und Vorgehen. *Dt Ärztebl* 89, 2294–2301, 1992
- PLATZ T, SCHEPANK H, JUNKERT B, TRESS W: Gibt es einen typischen Konflikt bei Magenbeschwerden: Ein epidemiologisch-tiefenpsychologischer Beitrag zur Frage des spezifischen Konfliktes in der psychosomatischen Medizin. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43, 207–213, 1993
- RÖSCH W: Volkskrankheit Sodbrennen, vom pathologischen Reflux zur Refluxösophagitis. *Dt Ärztebl* 90, 152–157, 1993
- SLOTH H, JORGENSEN LS: Predictors of the course of chronic nonorganic upper abdominal pain. *Scand J Gastroenterol* 24, 440–444, 1989
- SMITH RC, GREENBAUM DS, VANCOUVER JB, HENRY RC, REINHARDT MA, GREENBAUM RB, DEAN HA, MAYLEJE: Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 98, 293–301, 1990
- SVEDLUND J, SJÖDIN I, OTTOSON JD, DOTEVALL G: Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet* II, 589–592, 1983
- WHORWELL PJ, PRIOR A, FARAGHER EB: Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet* II, 1232–1234, 1984
- WHORWELL PJ, COLGAN SM, PRIOR A: Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 31, 896–898, 1990

## C.2 Ulcus duodeni

HELLMUTH FREYBERGER, HARALD J. FREYBERGER

Empirische psychosomatische Befunde liegen vor allem für männliche Ulcus-duodeni-Patienten vor, nicht jedoch für Frauen, für Kinder und Jugendliche sowie auch nicht für Patienten mit Ulcus ventriculi. Deshalb konzentrieren wir uns auf die Psychosomatik des männlichen Ulcus-duodeni-Patienten.

### 1. Definition, Symptomatik, Verlauf

Das Ulcus duodeni ist pathologisch-anatomisch ein Schleimhautdefekt, der über die Lamina muscularis hinaus die Duodenalwand erfaßt und sich fast ausschließlich auf den Bulbus duodeni beschränkt. Die Symptomatik betrifft vor allem den *Nüchternschmerz*, der nach Nahrungsaufnahme intensitätsmäßig deutlich zurückgeht. Umgekehrt können die Patienten aber auch über postprandiale Beschwerden klagen. Charakteristisch für das Duodenalulcus ist nicht nur die hohe *Spontanheilungsrate* (innerhalb von 6 bis 8 Wochen), sondern auch dessen hohe *Rezidivneigung*. Bei Mehrfach-Rezidivierung wird von *Ulkuskrankheit* gesprochen; diese liegt bei mindestens 80 Prozent aller Patienten mit Duodenalulcus vor. Die Dauer einer Ulkuskrankheit wird auf 20 bis 25 Jahre geschätzt. Gefürchtet sind dabei die typischen Komplikationen: Perforation, Blutung, Magenausgangsstenose.

### 2. Epidemiologie

Bis in die siebziger Jahre hinein betrug in der Bundesrepublik die Prävalenz des Ulkus (Ulcus ventriculi und duodeni) 2 Prozent. Das Duodenalulcus trat doppelt so häufig wie das Magenulcus auf; in den westlichen Ländern erkrankten 4 Prozent bis 15 Prozent der Frauen und 10 Prozent bis 15 Prozent der Männer irgendwann während ihres Lebens an einem Ulcus. Die weltweit beobachtete Abnahme der Krankenhauseinweisungen wegen eines unkomplizierten Duodenalulcus ist vor allem auf die verbesserten Möglichkeiten der ambulanten medikamentösen Behandlung zurückzuführen. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts galt das Auftreten von Ulcera als eine Seltenheit. Auch überwog zu dieser Zeit das Magenulcus gegenüber dem Duodenalulcus; ferner waren damals überwiegend Frauen betroffen. Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert nahm die Inzidenz des peptischen Geschwürs deutlich zu; gleichzeitig änderte sich das Geschlechterverhältnis. Die Gründe für diese Zunahme der Ulkuskrankheit, die in der Bundesrepublik zwischen 1944 und 1960 ihren Höhepunkt erreichte, werden noch diskutiert.

Es werden Zusammenhänge zu jenen *sozioökonomischen Problemen* vermutet, die mit der Umstellung vom bäuerlichen Leben auf die völlig neuartige Situation der Industriegesellschaft verbunden gewesen waren. Seit Mitte der sechziger Jahre nimmt die Inzidenz der Ulkuskrankheit wieder kontinuierlich ab, wobei dieser Trend sicherlich noch verstärkt wurde durch die Einführung der H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten

zu Beginn der siebziger Jahre. Epidemiologisch ist ferner wichtig, daß die Angehörigen niederer sozialer Schichten, vor allem *Schwerarbeiter*, häufiger von der Ulkuskrankheit befallen sind als die Angehörigen höherer Schichten. Dem entspricht eine Häufung bei Berufen mit *körperlicher Belastung* gegenüber denen mit sitzender Tätigkeit. Die Ulkus-Rezidivquote ist in Norddeutschland höher als in Mittel- und Süd-deutschland. Hinter diesem geographischen Muster verbirgt sich nach BAUERNFEIND et al. (1991) möglicherweise insofern ein Unterschied zwischen Stadt- und Landbevölkerung, als in ländlichen Gegenden die Rezidivneigung des Ulkus geringer ist als in der Stadt.

Zur Frage *jahreszeitlicher* Einflüsse auf die Ulkusinzidenz erscheint gesichert, daß zumindest ulkusbedingte Blutungen und die Sterblichkeit aufgrund eines Ulkus in den Sommermonaten abnehmen. Das häufiger beschriebene Absinken der Ulkushäufigkeit im Sommer wird auf die Ferienzeit bezogen.

### 3. Ätiologie und Pathogenese

#### 3.1 Genetische Faktoren

Genetische Faktoren prädisponieren offenbar zur Ulkuserkrankung. So ist das Krankheitsrisiko bei Verwandten ersten Grades, an einem Ulkus gleicher Lokalisation wie beim Patienten zu erkranken, um das 2,5 fache erhöht. Darüber hinaus kann bei Familien mit auffälliger Häufung von Duodenalgeschwüren ein – autosomal dominant vererbter – erhöhter Serum-Pepsinogen-I-Spiegel nachgewiesen werden. Deshalb gilt ein erhöhter Spiegel dieses Pepsinogens als subklinischer Marker für ein gesteigertes genetisches Duodenalulkus-Risiko.

#### 3.2 Gesteigerte gastrische Sekretionsaktivität

Personen mit höherer Säuresekretion neigen eher dazu, an einem Zwölffingerdarmgeschwür zu erkranken (WAGNER et al., 1991). Ferner zeigen Patienten mit besonders hoher Säuresekretion eine verzögerte Ausheilungstendenz des Ulkus und entwickeln schneller ein Rezidiv. Somit ist die bekannte, erstmals 1910 dokumentierte These «ohne Säure kein

Ulkus» vor allem für das Zwölffingerdarmgeschwür auch heute noch gültig. Dementsprechend spielt therapeutisch die Säurehemmung durch Histamin-H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten oder Protonenpumpenblocker eine tragende Rolle. Je stärker die Säuresekretion vermindert wird – vor allem die Ruhesekretion der zweiten Nachthälfte –, desto eher heilt das Zwölffingerdarmgeschwür ab. In einer Metaanalyse aller relevanten, in den letzten zehn Jahren publizierten Studien zur Ulkustherapie ließ sich zeigen, daß die Wirksamkeit eines Ulkuspräparates direkt proportional zu seinem säurehemmenden Potential ist (HOTZ et al., 1991). Der genotypischen Präformierung einer gesteigerten gastrischen Sekretionsaktivität entspricht die vermehrte Parietalzellzahl im Magen. Die Möglichkeit einer Ulcus-duodeni-Manifestation ist gegeben, wenn der Gleichgewichtszustand (Abb. 1) zwischen jenen aggressiven und defensiven Faktoren verschoben wird, die an der Magen-Duodenalschleimhaut regulierend wirksam sind (Tab. 1). Eine Gleichgewichtsverschiebung

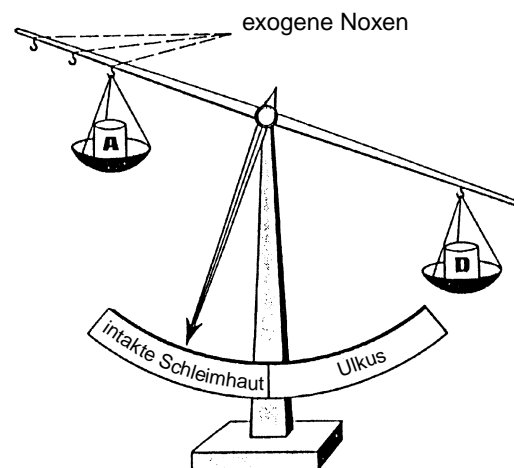


Abbildung 1: Gleichgewichtszustand aggressiv (A) – defensiv (D) im Falle des Überwiegens defensiver Faktoren und dessen pathogene Modifikationsmöglichkeit durch exogene Noxen (modifiziert nach DEMLING et al., 1984). Exogene Noxen:

1. Psychische Streßfaktoren
2. Nikotinmißbrauch
3. Arzneimittel: insbesondere Aspirin, nicht-steroidale Antirheumatika, Steroide (?)
4. *Helicobacter pylori*



*Tabelle 1:* Aggressive und defensive Faktoren im Bereich der Magen-Duodenalschleimhaut.

| Aggressiv       | Defensiv                                       |
|-----------------|--|
| Säure           | Schleim- und Bicarbonatsekretion               |
| Pepsin          | Durchblutung                                   |
| Galliger Reflux | Epithelregeneration<br>Mund- und Bauchspeichel |

kann sowohl die Intensivierung der aggressiven Faktoren als auch die Verminderung der defensiven Faktoren (mit relativem Überwiegen der aggressiven Faktoren) umfassen. Hinsichtlich der aggressiven Faktoren «Salzsäure», «Pepsin» und «galliger Reflux» ist deren psychische Beeinflussung (im Sinne der Sekretionssteigerung) gesichert. Umgekehrt scheint auch bezüglich der defensiven Faktoren «Schleim- und Bicarbonatsekretion des Magenepithels» sowie «Durchblutung» eine zusätzliche psychovegetative Steuerung (im Sinne der Schwächung der gastrischen Abwehrfunktion) gegeben zu sein.

### 3.3 Risikofaktoren

#### 3.3.1 Psychische Stressoren und somatische Noxen

Die Verschiebung des Gleichgewichtszustandes zwischen aggressiven und defensiven Faktoren (z. B. infolge Stimulierung der Säuresekretion und/oder verminderter Schleimhautdurchblutung) wird durch bestimmte exogene psychische oder/und somatische Faktoren in Gang gesetzt (Abb. 1). Diese verschiedenen exogenen Noxen entfalten nicht nur für sich alleine pathogene Wirkungen, sondern auch in *Kombination* mit anderen Noxen. Beispiele sind bei Rauchern jene Ulkusbildungen, die sich erst dann manifestieren, wenn seelische Stressoren hinzutreten. Hierher gehören auch die – gesteigert zum Ulcus duodeni disponierenden – männlichen ausländischen Arbeiter mit Nikotinmißbrauch, die in körperlich strapazierenden Berufen tätig sind. Bei diesen kann schließlich ein Ulcus zutage

treten, wenn der Konflikt mit der Forderung nach beruflicher Mitverantwortung einerseits und Einschränkung der sozialen Unterstützung (infolge Heimatverlust) andererseits kulminiert. Ferner ist denkbar, daß langhinge-zogene Gaben von nichtsteroidalen Antirheumatika bei chronisch kranken Patienten vor allem dann eine Ulkusbildung nach sich ziehen, wenn diese unter Konfliktdruck stehen. Nach WALKER et al. (1988) führt beim Duodenalulkus-Patienten die Einwirkung von chronischen-emotionalen Stressoren via anhaltender Vagus-Stimulation schließlich zur Hyperplasie der Haupt- und Parietalzellen des Magens, die dann ihrerseits die gesteigerte gastrische Sekretionsaktivität und die Hyperpepsinogenämie nach sich zieht.

#### 3.3.2 *Helicobacter-pylori*-Infektion

*H. pylori* ist ein mikroaerophiles gramnegatives, gebogenes spiralig gewundenes Bakterium, das eine spezielle ökologische Nische, nämlich die Magenschleimhaut des Menschen, kolonisiert. Es besteht eine progressive Zunahme der Prävalenzraten von weniger als 5 Prozent bei kleinen Kindern (vornehmlich bei niedrigerem sozio-ökonomischem Status) bis etwa 60 Prozent bei Erwachsenen über 60 Jahre. Das heißt: Alle Altersgruppen infizieren sich vornehmlich in der *Kindheit* und bleiben dann lebenslang infiziert (HIRSCHL, 1994). Dieses Bakterium verursacht eine chronische aktive Gastritis und kann eine mitbedingende exogene Noxe für die Entstehung oder Rezidivierung von Zwölffingerdarmgeschwüren darstellen (Abb. 1). Offenbar führt die *H. pylori*-Besiedlung – vor allem im Falle von gastraler Metaplasie der Duodenalschleimhaut – via Entzündung zur umschriebenen Epithelläsion und Schwächung der Mukosa-Barriere sowie schließlich zur säurebedingten Ulkusbildung. Ferner wurde beobachtet, daß nach therapeutischer Eradikation von *H. pylori* aus der Magenschleimhaut (Kombination: Säurehemmer + Antibiotikum + Wismutpräparat) die Rezidivneigung des Ulcus duodeni zunächst praktisch zum Erliegen kommt. Neue Ulkusschübe treten bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten dann wieder auf, wenn die Magenschleimhaut nach Reinfektion erneut mit *H. pylori* besiedelt ist (HOTZ, 1992).

Es liegen nach HOTZ beim Ulcus duodeni nur unzureichende Vorstellungen über die genaue pathogenetische Rolle von *H. pylori* vor. Deshalb ist auch noch ungeklärt, warum nur eine Minderzahl der Personen (20–30 %) mit die-

ser Infektion ein Ulkus entwickelt. Daher kann die Infektion für die Ulkusbildung allein nicht hinreichend sein, aber nach dem derzeitigen Wissensstand einen wichtigen Kofaktor darstellen (Abb. 1). Neben der hypothetischen Erklärung, wonach die Diskrepanz zwischen der hohen Prävalenz dieser Infektion und der deutlich niedrigeren Prävalenz der Ulkuskrankheit durch eine unterschiedliche Virulenz verschiedener Bakterienstämme bedingt sein könnte, bietet sich die weitere Hypothese für die schließliche Adhärenz des Bakteriums an, daß psychische Stressoren die Funktion des Immunsystems derart schwächen können, daß die Infektion mit *H. pylori* begünstigt wird (WALKER et al., 1992).

### 3.4 Psychoexperimentelle Befunde

Umfassendere Untersuchungen liegen zur Klärung der Frage vor, ob sich spezifische Zusammenhänge zwischen bestimmten emotionalen Zuständen einerseits und Verschiebung im aggressiv-defensiven Gleichgewichtszustand der Magen-Duodenalschleimhaut andererseits finden. Die Befunde an Einzelpersonen erlauben folgenden Schluß: Vor- und unbewußte Angst sowie aufgestaute Aggressivität bedingen eine eher gesteigerte gastrische Sekretionsaktivität, während die Depression eher eine verminderte nach sich zieht (WOLF et al., 1947; ENGEL et al., 1956). Es handelt sich aber vornehmlich um intraindividuelle, nicht um interindividuelle Regelmäßigkeiten, wie schon WITTKOWER (1931) gezeigt hatte. Angst und Aggressivität können nämlich unter Umständen auch zur Abnahme der gastrischen Sekretionsaktivität führen. Diese Beobachtungen legen nach HOLTMANN et al. (1990) nahe, daß im Einzelfall nicht nur die Qualität des psychischen Stressors, sondern auch bestimmte *Persönlichkeitseigentümlichkeiten* die Reaktion des gastrischen Sekretionsapparates mitbestimmen. Gleichermaßen modifizierend für das Ausmaß der gastrischen Sekretionsaktivität kann die *Arzt-Patient-Beziehung* wirken. Es zeigt sich nämlich, daß bei direkter gezielter Äußerung von Angst- und Aggressionsgefühlen durch den Patienten die gastrische Sekretionsaktivi-

tät zurückgeht: weil nun der emotionale den physiologischen «Ausdruck» ersetzt (WOLF et al., 1947; ENGEL et al., 1956). Aus dieser Beobachtung resultiert die klinisch-interdisziplinär so außerordentlich relevante Tatsache, daß ein *psychotherapeutisch* orientierter Arzt-Patient-Kontakt mit der Bearbeitung von Angst und Aggressivität beim Patienten auch zur *Regulierung der gastrischen Sekretionsaktivität* beitragen kann (s.u.). Umgekehrt kann eine nur wenig tragfähige Beziehung zum Arzt, die der Patient als frustrierend erlebt, ohne dies thematisieren zu können, zu einer gesteigerten gastrischen Sekretionsaktivität führen.

ZANDER (1977) legte bei *Ulcus-duodeni*-Patienten eindrucksvolle psychophysiologische Untersuchungsergebnisse vor. In psychoanalytisch orientierten Interviews wurden die Patienten mit Lebensereignissen konfrontiert, die bei ihnen Gefühle des Neides und des Ärgers auslösten (bzw. in der Vergangenheit ausgelöst hatten). Im Falle der Kulminierung dieser Neid-Ärger-Thematik ließen sich beim ulkusdisponierten Patienten, wie die gleichzeitige röntgenologische Beobachtung der Magenmotilität ergab, fast regelmäßig trichterförmige, spasmenartige Bewegungen im Antrumbereich nachweisen. Diese Motilitätsabläufe konnten demgegenüber bei magen-gesunden Menschen kaum gefunden werden.

### 3.5 Abgrenzung zum «Streß-Ulkus»

Das sogenannte «Streß-Ulkus» (zusammen mit der Möglichkeit von gastrointestinalen Blutungen) ist die direkte Konsequenz von extremen somatischen (ulzerogenen) Streßwirkungen. Diese gehen insbesondere aus von sehr schweren körperlichen Erkrankungen, komplexen unfallchirurgischen Ereignissen und komplizierten chirurgischen Eingriffen. Diesen perakut manifest werdenden Streß-Ulzera, die sich pathologisch-anatomisch vom *Ulcus duodeni* unterscheiden, liegt ebenfalls eine mukosale Durchblutungsstörung mit Minderung des Regenerationsvermögens der Epithelzellen zugrunde, die wahrscheinlich durch die vermehrte – somatisch-streßbedingte – Ausschüttung von Glukokortikoiden in Gang gesetzt wird.

## 4. Psychodynamik

Für viele psychosomatische Patienten gilt, daß ein psychischer «Alltags-»Stressor (z. B. Objektverlust) deswegen pathogene psychische und somatische Effekte nach sich ziehen kann, weil die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten defizitär sind. Wie allgemein in der Psychosomatik können mangelhafte intrapsychische Bewältigungsmöglichkeiten durch Fehlen von sozialer Unterstützung zusätzlich geschwächt werden.

### 4.1 Abhängigkeits-Unabhängigkeits- und Nähe-Distanz-Konflikt

#### 4.1.1 Pseudo-Unabhängigkeit

Der empirische Vergleich einer Ulcus-duodeni-Gruppe zu einer Kontrollgruppe orthopädischer Traumapatienten ergab, daß die Ulcusgruppe sich als weniger sozial unterstützt wahrnahm, weniger unterstützende Personen angab und intensivere Bedürfnisse nach mehr sozialer Unterstützung äußerte (BONFILS et al., 1971; FYDRICH et al., 1988; FELDMAN et al., 1986). Gleichzeitig fanden sich häufig stärkere Abhängigkeitswünsche, insbesondere auf vorbewußtem und unbewußtem Niveau. Diese werden vom Patienten aber als Makel erlebt und deshalb unterdrückt und/ oder reaktionsbildend von gesteigerten (Pseudo-)Unabhängigkeitswünschen überformt. Wir sprechen von einem «*Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonflikt*», der im engen psychodynamischen Zusammenhang zu Kindheitserfahrungen auf der Basis von gestörten Eltern-Kind-Interaktionen steht und dessen pathogene Relevanz für Patienten mit Zwölffingerdarmgeschwür empirisch belegt werden konnte (PLATZ et al., 1993; s. Kap. IV.C.1.). Bei dem Verhaltensmerkmal der *Pseudo-Unabhängigkeit* sind seine Wünsche nach Abhängigkeit und Umsorgtwerden kaum oder nicht bewußt. Deshalb sind die sozialen Kontakte des Patienten so ausgerichtet, daß sich möglichst gute Kompromisse zwischen Pseudounabhängigkeit und unbewußten Abhängigkeitswünschen ergeben; z. B. abgesicherte, wenig risikoreiche Berufspositionen, aber mit «viel Verantwortung».

Um die Befriedigung dieser Abhängigkeitswünsche nicht zu gefährden, müssen die Patienten bestrebt sein, in zwischenmenschlichen Beziehungen aggressive Impulse möglichst zu unterdrücken. Diese aggressive Hemmung ist eine Mitdeterminante für die bei Ulkuspatienten charakteristischen depressiven Symptome, die aber auch partiell unterdrückt werden können. Für Ulkuspatienten sind das berufliche (z. B. Beförderung) oder familienbezogene Vorwärtskommen (z. B. Heirat, Geburt eines Kindes) typische *Versuchungs- und Versagungssituationen*, weil gleichzeitig die Selbständigkeitsvalenz gefördert und die Abhängigkeitsvalenz frustriert wird.

#### 4.1.2 Offene Abhängigkeit

Die offen abhängigen Patienten verhalten sich in der Regel überangepaßt, bisweilen sogar unterwürfig; sie können aber auf passive Weise sehr fordernd sein, z. B. auf der Basis von Wünschen nach Arbeitsunfähigkeitsschreibung oder Frührente. Ferner findet sich gehäuft Nikotinmißbrauch. Ihre sozialen Kontakte orientieren die Patienten dorthin, wo die Abhängigkeitswünsche am ehesten realisierbar erscheinen. Bei ihnen ist die Versagung der Abhängigkeitswünsche die entscheidende Auslösesituation für die Ulkusmanifestation (BONFILS et al., 1971). Psychodynamisch liegen der Ulkusbildung ganz erhebliche (Verlust-)Ängste und die Unterdrückung von Frustrationsaggression zugrunde.

#### 4.1.3 Zurückweisung von sozialer Unterstützung

Ein größerer Teil der Ulkuspatienten tendiert dazu, soziale Unterstützungsangebote zu «übersehen». Auch erleben die Patienten Bezugspersonen als stärker einengend und bedrängend. Das heißt: Diese Patienten zeigen – ungeachtet ihrer Abhängigkeitswünsche – stark ausgeprägte *zwischenmenschliche Ambivalenzen*, insbesondere hinsichtlich Nähe (sog. *Nähe-Distanz-Konflikt*). Sie sind sozusagen gefangen in einer mittleren emo-

tionalen Balance, die also weder stärkere Nähe noch Distanz zuläßt.

## 4.2 Empirische Belege

### 4.2.1 Prädiktionsstudie von WEINER et al.

Die psychodynamische Konstellation des Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonfliktes und eine auslösende Versagungssituation für den Patienten waren der Ausgangspunkt für die Prädiktionsstudie von WEINER et al. (1957), durch welche die Möglichkeit einer psychosomatischen Ulkulentstehung empirisch belegt wurde.

WEINER et al. versuchten mittels klinisch-psychosomatischer Methoden bei 2073 Rekruten diejenigen vorherzusagen, die während einer mehrwöchigen militärischen Grundausbildung (*sozialer Parameter*) am Zwölffingerdarmgeschwür erkranken würden (bzw. diejenigen blind zu diagnostizieren, die zum Zeitpunkt der psychologischen Untersuchung bereits erkrankt waren). Eingesetzt wurden eine physiologische Methode (Serumpepsinogenbestimmung im Sinne des *biochemischen Parameters*) und sechs verhaltenswissenschaftliche Methoden sowie psychodynamische Erstinterviews. Die psychologischen Befunde wurden danach ausgewertet, ob sie die beschriebene psychodynamische Konfiguration zeigten oder nicht (*psychologischer Parameter*). Es wurden schließlich zehn Rekruten bezeichnet, die aufgrund dieser Befunde für eine Ulkuserkrankung in Frage kamen. Sieben entsprachen dieser Prädiktion, drei nicht und zwei weitere erkrankten an einem Ulkusschub, der nicht vorausgesagt worden war. Von den übrigen Rekruten erkrankte dementsprechend keiner. Hierfür ergibt sich ein Gültigkeitskoeffizient von + 0.73. Dieses Ergebnis ist für diese so schwierige Prädiktion ein sehr hoher Wert, der eine Leistung zeigt, die sich im Bereich der ganzen Medizin sehen lassen kann (MEYER, 1966). Eine weitere Studie, innerhalb der ebenfalls mittels psychodynamischer Erstinterviews und psychologischer Tests Ulcus-duodeni-Patienten gegenüber Kontrollgruppen blind diagnostiziert wurden, stammt von COHEN et al. (1961).

### 4.2.2 RUDER-Studie

Die sogenannte RUDER-Studie (= Rezidiv des *Ulcus duodeni*/Epidemiologie unter Rantidin, BAUERNFEIND et al., 1991) ist mit 2109 eingeschlossenen und auswertbaren Patienten im Zeitraum von 1986 bis 1988 die bisher umfassendste *prospektive Ulkuserkrankung*, die an einer großen Zahl von bundesrepublikanischen

Zentren durchgeführt und Mitte 1989 abgeschlossen wurde. Ziel dieser Studie war die nähere Abklärung jener Risikofaktoren, welche die Abheilungsgeschwindigkeit des *Ulcus duodeni* unter der H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten-Medikation verzögern können bzw. – trotz medikamentöser Behandlung – zum Ulkuserzidiv disponieren. Folgende potentielle Risikofaktoren wurden überprüft: Rauchen, Rezidivhäufigkeit, erhöhte körperliche Arbeit, psychischer Streß, Antirheumatikatherapie (Risikofaktoren für eine verzögerte Abheilungsgeschwindigkeit) bzw. Rauchen, Rezidivhäufigkeit, erhöhte körperliche Arbeit, psychischer Streß, Duodenitis, Antirheumatikatherapie, Oberbauchbeschwerden (Risikofaktoren für ein *Ulcus duodeni*-Rezidiv trotz Therapie). Einschluß in die RUDER-Studie fanden Patienten, die während der vergangenen zwölf Monate mindestens ein *Ulcus duodeni*-Rezidiv und bei Studieneintritt ein endoskopisch nachgewiesenes *Ulcus duodeni* von mindestens 5 mm Durchmesser aufwiesen, ebenso wie eine «bekannt gute Compliance» sowie eine sogenannte «zuverlässige Persönlichkeitsstruktur».

Es zeigte sich, daß bei jenen Patienten mit verzögerter Ulkuserheilung und späterhin erhöhter Rezidivfrequenz gerechnet werden mußte, die große Ulkusbildungen zeigten, anamnestisch Komplikationen und hohe Rezidivfrequenz aufwiesen, zusätzlich rauchten, körperlicher Schwerarbeit ausgesetzt waren und psychologischen Streß erlitten hatten. Demgegenüber waren Patienten, die diese drei Variablen nicht aufwiesen, durch schnellere Ulkuserheilung und niedrigere Rezidivfrequenz gekennzeichnet. Dieses psychosomatisch sehr interessante Ergebnis der RUDER-Studie könnte einerseits damit zusammenhängen, daß bei den sogenannten Streß-Patienten der psychovegetative Ursachen-Teilfaktor besonders ausgeprägt war. Die starke Streßintensität könnte dann das Ulkus-Abheilungstempo und die Rezidivhäufigkeit mitbeeinflusst haben. Die Alternativhypothese einer Noncompliance aus psychischen Gründen wurde nicht überprüft. Dies ist deshalb bedauerlich, weil es sich bei den «schwierigen» Duodenalulkus-Patienten, welche auf H<sub>2</sub>-Säureblocker therapeutisch nicht reagieren, um eine Gruppe von immerhin 5 Prozent bis 10 Prozent handelt, ohne daß jedoch bereits klinisch-psychosomatische Befunde vorliegen. Grundsätzlich sollte im Falle einer Ulkustherapieresistenz unter laufender H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten-

Medikation auch an die Möglichkeit einer *Noncompliance* des Patienten gedacht werden. Ein weiterer Befund der RUDER-Studie schließlich war, daß die rascheste, endoskopisch gesicherte Ulkusheilung bei freiberuflich tätigen Patienten vorkam gegenüber Arbeitslosen mit verzögerter Ulkusheilung.

## 5. Psychotherapie

### 5.1 Eingeschränkte Psychotherapie-Motivation des Ulkuspatienten

Diese wird verständlich, wenn wir die beschriebene Pseudo-Unabhängigkeit und den Nähe-Distanz-Konflikt bedenken. Dem entspricht, daß Ulcus-duodeni-Patienten weniger als 1 Prozent der sogenannten Inanspruchnahme-Population von zwei psychosomatischen Universitätskliniken ausmachen (OVERBECK et al., 1990); im Gegensatz zu anderen gastroenterologisch-psychosomatischen Patientengruppen wie Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, funktionelle Dyspepsie und Colon irritabile. Ferner hat die Einführung der H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten und der Protonenpumpenblocker sowie die Eradikation des *H. pylori* so große therapeutische Fortschritte erbracht, daß dadurch auf seiten der behandelnden Ärzte wie der Patienten ergänzende bzw. konkurrierende Psychotherapieüberlegungen noch mehr als vorher in den Hintergrund getreten sind.

Noch am ehesten begegnet der Psychosomatiker dem Ulkuspatienten dann, wenn er konsiliarisch vom Gastroenterologen zu einem hospitalisierten Patienten wegen psychologischer Probleme gerufen wird. Innerhalb des stationären Settings läßt sich dann ein dif-

ferenzierter Arzt-Patient-Kontakt herstellen, denn jetzt ist meistens der Patient wenigstens vorübergehend für ein Gespräch motiviert, weil er seine Abhängigkeitswünsche nicht mehr mit der Pseudounabhängigkeit abwehren muß, sondern auf ärztliche Anordnung hin sozusagen ausleben «darf». Auch wird jetzt die Intensität des Nähe-Distanz-Konfliktes vorübergehend abgeschwächt. Nach der Entlassung kann aber erneut die bisherige Abwehr dominieren, und die Psychotherapiemotivation reduziert sich wiederum.

### 5.2 Indikation

#### 5.2.1 Psychosomatische Grundversorgung

Bei Patienten mit Ulcus duodeni sind folgende *drei Interventionsschritte* angezeigt (Tab. 2):

1. Generell sollte bei jedem Patienten mit akutem Ulkusschub an die Möglichkeit der Auslösung durch Konfliktsituationen gedacht werden. Gespräche in dieser Situation können für den Patienten große seelische Entlastung bringen.
2. Angst- und Aggressionsgefühle sollten angesprochen werden, weil dies zur Regulierung der gastrischen Sekretionsaktivität beitragen kann (s. o.).
3. Es sollte der Versuch der Motivierung für konfliktbearbeitende Psychotherapie unternommen werden.

Das Gelingen dieser drei Interventionsschritte hängt auch vom ärztlichen Umgang mit den beim Patienten vorherrschenden Abhängigkeits-Unabhängigkeits- und Nähe-Distanz-Konflikten ab. Die Nichtbeachtung seiner Ambivalenz *verschärft den inneren Konflikt*

Tabelle 2: Psychosomatische Grundversorgung bei Ulcus duodeni.

| Aktivitäten des Arztes                           |   | Effekte   |
|--|---|---|
| Thematisierung von Aggression und Angst          | Umgang mit Abhängigkeits-, Unabhängigkeits- und Nähe-Distanz-Konflikten | seelische Entlastung                                    |
| Thematische Fokussierung: auslösende Situationen |   | Förderung des Ulcus-Abheilungstempos                    |
|  |   | möglicherweise Motivation für psychodynamische Therapie |

des Patienten. Bei Dominieren des Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konfliktes ist für den Arzt wichtig, daß er sich nicht zu nachhaltig von den Pseudounabhängigkeitszügen seines Patienten beeindrucken läßt und dadurch dessen gleichzeitige emotionale Fragilität übersieht. Das Dominieren des Nähe-Distanz-Konfliktes setzt beim Arzt gegenüber seinem Patienten das therapeutische Verharren im Sinne der mittleren emotionalen Balance voraus.

### 5.2.2 Weiterführende Psychotherapie

#### a) Psychodynamische Therapie

Für die kleine Gruppe von psychotherapeutisch positiv motivierten Patienten bieten sich die psychoanalytische Langzeittherapie, die psychoanalytische Gruppentherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an. Zu bedenken ist, daß es infolge der unvermeidbaren Aktualisierung der beschriebenen Konflikte während der aufdeckenden Therapie zu Ulkusrezidiven kommen kann. Die aufdeckende Psychotherapie bei Ulkuspatienten dient aber nicht nur der Bearbeitung der beiden Grundkonflikte, sondern auch der Förderung der medikamentösen Ulkustherapie (s. o.). Die skizzierten psychophysiologischen Einwirkungsmöglichkeiten (Hemmung von schleimhautaggressiven und Unterstützung von schleimhautdefensiven Faktoren) stellen insofern einen Modellfall für das Zusammenspiel psychotherapeutischer Interventionen mit physiologischen Prozessen dar.

ORGEL (1958) verglich zehn von ihm durch Langzeitanalyse behandelte Duodenalulkus-Patienten mit fünf Ulkuspatienten, welche die psychoanalytische Therapie vorzeitig abgebrochen hatten. Katamnestisch (bis zu 23 Jahren) ergab sich, daß bei den Patienten mit abgeschlossener Psychoanalyse nicht nur die Intensität der neurotischen Problematik deutlich nachgelassen hatte, sondern es auch zur kompletten Heilung der Ulkuskrankheit gekommen war, während bei den Psychotherapieabbrechern wiederum Ulkusrezidive faßbar wurden. SJODIN (1983) verglich 50 Duodenalulkus-Patienten, die für die Dauer von drei Monaten bei wöchentlich einer Sit-

zung psychoedukativ-problemlösend (im Sinne der dritten Stufe der supportiven Psychotherapie, s. Kap. III.F.) behandelt worden waren, mit 53 Ulkuspatienten, die lediglich eine medikamentöse Behandlung erfahren hatten. Katamnestisch ergab sich fünfzehn Monate nach Behandlungsschluß, daß bei der Psychotherapiegruppe signifikant häufiger ein ausgeprägter Rückgang der Magenbeschwerden faßbar war.

#### b) Hypnosetherapie

Die Hypnosetherapie zielt bei Ulcus-duodeni-Patienten einerseits auf psychovegetative Entspannung, andererseits auf die Einschränkung der gastrischen Sekretionsaktivität. COLGAN et al. (1988) gingen von 30 Duodenalulkus-Patienten aus und behandelten von diesen für die Dauer eines Jahres fünfzehn mit medizinischer Standardbehandlung und Hypnosen auf der Basis von sieben Sitzungen, während die anderen fünfzehn Patienten lediglich eine medikamentöse und diätetische Behandlung erhielten. Anhand der Katamnesen nach einem Jahr ergab sich, daß bei der Psychotherapiegruppe zu 53 Prozent und bei der Kontrollgruppe zu 100 Prozent Rezidive vorlagen.

## 6. Symptomverlagerung nach chirurgischen Eingriffen

Seit der Einführung der H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten ist die Anzeige zur subtotalen Magenresektion und selektiven proximalen Vagotomie eine extrem seltene geworden. Die Ulkuschirurgie spielte zwischen 1930 und 1970 eine viel größere therapeutische Rolle. Damals wurde wiederholt über die Entwicklung von *Alkoholismus* nach subtotaler Magenresektion berichtet (NAVRATIL, 1959; WHITLOCK, 1961). Diese postoperative Suchtentwicklung wurde im Sinne einer Symptomverlagerung interpretiert. Diese These konnte durch JUNGINGER et al. (1986) erhärtet werden. Ihre retrospektive Verlaufsbeobachtung von 1045 nach Billroth II operierten Ulkus-Patienten ergab – im Vergleich zu einer nach Alters- und Geschlechtskriterien parallelierten Kontroll-Personengruppe – eine signifi-

kant ungünstigere Lebenserwartung (mittlere und maximale Beobachtungsdauer 14.6 und 22 Jahre; median 17.6 Jahre; 15217 Beobachtungsjahre). Nach der Magenresektion traten nämlich bei den operierten Patienten mehr Todesfälle wegen Bronchialkarzinom, Leberzirrhose und Suizid auf. Für JUNGINGER et al. lassen diese Befunde vermuten, daß die deutliche Beeinträchtigung der Lebenserwartung weniger eine Folge der Operation ist, sondern vielmehr die Konsequenz bestehender Risikofaktoren, die mit dem ursprünglichen Auftreten des Ulkus im Zusammenhang stehen und später die Lebenserwartung entscheidend mitbeeinflussen würden. Im einzelnen nahmen die Autoren als Risikofaktoren vor allem »*psychosomatische Einflüsse*« an, insbesondere auch Nikotin und Alkohol mit der Konsequenz von nikotin- und alkoholabhängigen Erkrankungen. TERSMETTE et al. (1991) stützten sich auf eine 50-Jahre-Nachbeobachtungsstudie von 2633 Amsterdamer Postgastrektomie-Patienten, bei denen im Zeitraum von 1931 bis 1960 eine Ulkusoperation durchgeführt worden war. Hier zeigten die männlichen Patienten – im Vergleich zur Kontrollgruppe – statistisch signifikant eine erniedrigte Überlebenszeit von durchschnittlich zwölf Jahren. Diese herabgesetzte Lebenserwartung wurde vor allem durch den Tod an Tumorerkrankungen, insbesondere Lungenkrebs, bedingt. Als hauptsächlichen Lebenszeit-beeinträchtigenden Risikofaktor ermittelten die Autoren den *Nikotinmißbrauch*. Im übrigen war in Holland der Nikotinmißbrauch bis zum Beginn der siebziger Jahre bei Frauen seltener, wodurch die vergleichsweise geringere Überlebensrate der Männer erklärbar wird.

Ausgehend von ihren Befunden betonen TERSMETTE et al., daß dank der H<sub>2</sub>-Säureblocker die Problematik der eingeschränkten Überlebenszeit nach subtotaler Magenresektion nicht mehr relevant sei. Sie machen aber darauf aufmerksam, daß die Frage von Risiken infolge der Langzeittherapie mit H<sub>2</sub>-Säureblockern noch weitgehend ungeklärt sei. In diesem Zusammenhang verweisen die Autoren auf katamnestische Befunde an größeren Patientengruppen, wonach auch nach H<sub>2</sub>-Säureblocker-Medikation ein gesteigerter

Nikotinmißbrauch im Sinne der Symptomverlagerung beobachtet worden sei (COLIN-JONES et al., 1985; MÖLLER et al., 1989). Jedoch würden diese Ergebnisse noch einer Bestätigung durch Langzeituntersuchungen bedürfen.

## Literatur

- BAUERNFEIND P, BLUM AL: *Ulcus*almanach 1 + 2, S. 11, Springer, Berlin, 1991
- BONFILS S, MAZET P, M'UZAN M DE, HACHETTE JC: Etude corrélatrice de la sécrétion gastrique et de caractéristiques psychologiques des ulcéreux duodénaux. *Path Biol* 19, 967–969, 1971
- COHEN SI, SILVERMAN AJ, WADELL W, ZUIDEMA GD: Urinary catecholamine levels, gastric secretion and specific psychological factors in ulcer and non-ulcer patients. *J Psychosom Res* 5, 90–98, 1961
- COLGAN SM, FARAGHER EB, WHORWELL PS: Controlled trial of hypnotherapy in relapse prevention of duodenal ulceration. *LANCET* I, 1299–1300, 1988
- COLIN-JONES DG, LANGMAN MJS, LAWSON DH, VESSEY MP: Postmarketing surveillance of the safety of cimetidine: Mortality during second, third and four years of follow up. *Brit Med J* 291, 1084–1088, 1985
- DEMLING L, DOMSCHKE W: *Peptisches Ulcus*. In DEMLING L (Hrsg.) *Klinische Gastroenterologie*, Band I. 2. Aufl, S. 349, Thieme, Stuttgart 1984
- ENGEL GL, REICHSMAN F, SEGAL HL: A study of an infant with a gastric fistula; behavior and grade of total hypochlorid acid secretion. *Psychosom Med* 18, 374–398, 1956
- FELDMAN M, WALKER P, GREEN JC, WEINGARDEN K: Life event stress and psychological factors in men with peptic ulcer disease. *Gastroenterology* 91, 1370–9, 1986
- FYDRICH T, SCHEIB P, SOMMER G: Soziale Unterstützung und Belastungen bei Patienten mit Ulcus duodeni. *Psychother Med Psychol* 38, 159–166, 1988
- HIRSCHL AM: *Helicobacter pylori*: Erreger, Pathomechanismen und Epidemiologie. *Wien Klin Wochenschr* 106, 538–542, 1994
- HOLTMANN G, KRIEBEL R, SINGER MV: Akute und chronische Streßwirkungen auf die Sekretion von Magen, Pankreas und Galle. *Verdauungskrankheiten* 8, 204–209, 1990
- HOTZ J: Arbeitsunfähigkeit unter Langzeittherapie von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren. *Versicherungsmedizin* 43, 180–186, 1991

- HOTZ J: Peptisches Ulcus. In GOEBELL H (Hrsg.) Gastroenterologie, Klinik der Gegenwart, S.434, Urban & Schwarzenberg, München 1992
- JUNGINGER T, STÜTZER H: Lebenserwartung nach Magenresektion wegen gastroduodenalem Ulcus. Dtsch Med Wschr 111, 447–451, 1986
- MEYER AE: Psychosomatische Medizin. In BLOHMKE M, SCHAEFER H (Hrsg.) Erfolge und Grenzen der modernen Medizin, S. 273, Fischer, Frankfurt 1966
- MOLLER H, LINDVIG K, KLEFTER R, MOSBACH J, MOLLER-JENSEN O: Cancer occurrence in a cohort of patients treated with cimetidine. Gut 30, 1558–1562, 1989
- NAVRATIL L: Alkoholismus und Magenresektion. München Med Wschr 101, 1088–1097, 1959
- ORGEL SZ: Effect of psychoanalysis on the course of peptic ulcer. Psychosom Med 20, 117–114, 1958
- OVERBECK G: Untersuchungen zur Psychosomatik der Ulkuserkrankung – ein kritischer Rückblick. In OVERBECK G, MÖHLEN K, BRÄHLER E (Hrsg.) Psychosomatik der Ulkuserkrankung, S. 185, Springer, Berlin/Heidelberg 1980
- PLATZ T, SCHEPANK H, JUNKERT P, TRESS W: Gibt es einen typischen Konflikt bei Magenbeschwerden? Ein epidemiologisch-tiefenpsychologischer Beitrag zur Frage des spezifischen Konfliktes in der psychosomatischen Medizin. Psychoth Psychosom Med Psychol 43, 207–213, 1993
- SJODIN I: Psychotherapy in peptic ulcer disease. A controlled outcome study. Acta Psychiatrica Scand 6, 1–90, 1983
- TERSMETTE AC, OFFERHAUS JA, GARDIELLO FM, BRAND R, TERSMETTE KWF, TYTGAT GNJ, VANDENBROUCKE JP: Long-term prognosis after partial gastrectomy for benign conditions. Gastroenterology 101, 148–153, 1991
- WAGNER S, GLADZIWA U, GEBEL M, SCHÜLER A, FREISE J, SCHMIDT FW: Circadian pattern of intragastric acidity in duodenal ulcer patients: A study of variations in relation to ulcer activity. Gut 32, 1104–1109, 1991
- WALKER P, LUTHER J, SAMLOFF IM, FELDMAN M: Life events, stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease. Gastroenterology 94, 323–330, 1988
- WALKER P, FELDMAN M: Psychosomatic aspects of peptic ulcer disease: A multifactorial model of stress. Gastroenterology Int 5, 33–47, 1992
- WEINER H, THALER M, REISER MF, MIRSKY IA: Etiology of duodenal ulcer, I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen), Psychosom Med 19, 1–10, 1957
- WHITLOCK FA: Some psychiatric consequences of gastrectomy. Brit Med J 267, 1560–1571, 1961
- WITTKOWER E: Zur affektiven Beeinflussbarkeit der Magensekretion. Klin Wschr 10, 1811–1813, 1931
- WOLF S, WOLFF HG: An experimental study of a man and his stomach. Oxford University Press, New York 1947
- ZANDER W: Psychosomatische Forschungsergebnisse bei Ulcus duodeni. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1977



## C.3 Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

GISELA HUSE-KLEINSTOLL

Als unspezifische chronisch-entzündliche Darmerkrankungen werden die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn zusammengefaßt. Bisherige Untersuchungen zur Ätiologie und Pathogenese lassen Wechselwirkungen zahlreicher Faktoren vermuten, die genetische, soziologische, psychologische, infektiöse und immunologische Einflußgrößen betreffen. Die Epidemiologie spricht sowohl für den

Einfluß von Umgebungsfaktoren als auch von genetischen Faktoren. Bei etwa 10 Prozent der Erkrankten haben Familienmitglieder ersten Grades ebenfalls eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (MONSEN et al., 1991). Colitis ulcerosa und Morbus Crohn haben einen Häufigkeitsgipfel im frühen Erwachsenenalter zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr und einen zweiten kleineren zwischen dem

*Tabelle 1:* Differentialdiagnose zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn (aus: GOEBELL H, KÖLBEL CBM, ZEITZ M: Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. In GOEBELL H (Hrsg.) Gastroenterologie. Teil C/D, S. 631, Urban & Schwarzenberg, München, Wien 1992).

| Symptom            | Colitis ulcerosa  | Morbus Crohn   |
|--------------------|---|--|
| Alter              | jedes Alter   | jedes Alter  |
| Schmerzen          | selten  | häufig   |
| Durchfall          | häufig  | häufig   |
| Darmblutung        | 100 %   | in etwa 20 %, meist nur gering   |
| Tastbarer Tumor    | nur bei Karzinom  | häufig, rechter Unterbauch   |
| Viszerale Fisteln  | sehr selten   | häufig   |
| Abszesse, Fissuren | selten  | häufig   |
| Perianale Fisteln  | sehr selten   | häufig, etwa 30 %  |
| Befall             | kontinuierlich<br>nur Kolon (+ Backwash-Ileitis)<br>Rektum immer befallen   | diskontinuierlich, etwa 85 %<br>alle Darmabschnitte möglich<br>Rektum in etwa 75 % frei  |
| Stenosen           | nur bei Karzinom  | häufig   |
| Mukosa             | diffus befallen, granulär<br>Kontaktblutung, flache Ulcera,<br>Kryptenabszesse, Submukosa<br>frei, Goblet-Zellen vermindert | fleckig befallen, Aphten in normaler<br>Umgebung, keine Kontaktblutungen,<br>tiefe längliche Ulcera, fokale Infiltrate,<br>Fissuren, Submukosa beteiligt, Granulome,<br>Goblet-Zellen normal |

50. und 70. Lebensjahr. Die Erkrankungen sind weltweit verbreitet, besonders in Nord- und Osteuropa (DIRKS, 1991).

Die diagnostische Differenzierung zwischen der Colitis ulcerosa und dem Morbus Crohn kann schwierig sein, wenn beim Morbus Crohn ausschließlich der Dickdarm betroffen ist. Unter diesen Umständen wird oft erst im Krankheitsverlauf die genaue Diagnose gestellt werden können. Dennoch sprechen aus medizinischer Sicht zahlreiche Faktoren in bezug auf die Art der Schädigung, die Lokalisation und die Art der Komplikationen (GOEBELL et al., 1992) für *zwei unterschiedliche Krankheitsbilder*, die im folgenden getrennt behandelt werden (s. Tab. 1). Anhand dieser Tabelle wird schon sichtbar, daß die Erkrankung der Morbus-Crohn-Patienten in der Regel heterogener und schwerer zu behandeln ist als die der Colitis-ulcerosa-Patienten. Das gilt sowohl für die Gastroenterologen als auch für die Psychotherapeuten.

## 1. Colitis ulcerosa

### 1.1 Definition, Symptomatik, Verlauf

Bei der Colitis ulcerosa ist von der Entzündung fast ausschließlich der Dickdarm betroffen. Nur bei etwa 5 Prozent der Erkrankten ist der unmittelbar angrenzende Teil des Ileums (Back-wash-Phänomen) mitentzündet. Bei einer leichteren Kolitis finden sich Schleim- und Blutbeimengungen zum Stuhl, bei einem schwereren Krankheitsbild treten in der Regel Fieber, starke Schmerzen und schwere Durchfälle auf, die blutig-schleimig und teilweise eitrig sein können. Die Colitis ulcerosa beginnt in der Regel im Rektum und breitet sich proximal aus. Erkrankungen des Rektums, des distalen Kolons und des gesamten Kolons sind gleich häufig. FEIEREIS (1990 a) findet bei den von ihm in der Klinik und Spezialambulanz behandelten Patienten in 67 Prozent einen chronisch-rezidivierenden, in 19 Prozent einen chronisch-kontinuierlichen Verlauf und in 14 Prozent eine schwere, akut aufgetretene Kolitis.

Die Diagnose der Colitis ulcerosa wird endoskopisch und histologisch gestellt. Es handelt sich um eine Entzündung der Mukosa ohne Beteiligung der tieferen Darmwandschichten. Makroskopisch finden sich Schleimhautrötung, Schleimhautödem und Ulzerationen. Darüber hinaus kann die Schleimhaut pseudo-

polypöse Wucherungen aufweisen. Im chronischen Stadium finden sich dagegen narbige Einziehungen, die zur Aufhebung der Haustrierungen führen. Im Röntgenbild ist das Ausmaß der Fibrosierung und Atrophie erkennbar.

Als schwerwiegende Komplikationen werden gefürchtet: das toxische Megakolon, eine nicht zu stillende Blutung und die Perforationsperitonitis. Neben der Erkrankung des Kolons findet man weitere Symptome, besonders im Bereich der Haut, der Gelenke und der Augen: Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum, rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis, Episkleritis und Iridozyklitis; nichtentzündliche Leber- und Gallengangserkrankungen und vermehrte Cholestase sind ebenfalls häufige Begleiterkrankungen der Colitis ulcerosa.

### 1.2 Epidemiologie

Die Häufigkeit der Colitis ulcerosa in der Bevölkerung wird mit 27,3/100 000 angegeben. Die Neuerkrankungsrate klinisch versorgter Patienten in mittleren Großstädten des westlichen Ruhrgebietes für die Jahre 1980 bis 1984 beträgt 2,9/100 000 Einwohnern pro Jahr (DIRKS, 1991), ein Wert, der deutlich niedriger liegt als in anderen prospektiven Populationsstudien der achtziger Jahre in den Niederlanden, Skandinavien und Schottland (6,8–12,8/100 000), was auf die fehlende Berücksichtigung leichterer ambulant behandelter Colitis-ulcerosa-Patienten zurückzuführen ist. Diese machen etwa 50 Prozent aller Neuerkrankungen aus. Die Inzidenzrate hat sich in den Jahren stabilisiert. Bevölkerungsstudien in Baltimore und in Neuseeland sprechen für eine größere Häufung der Colitis ulcerosa bei Weißen im Vergleich zu Schwarzen und bei englischstämmigen Einwanderern im Vergleich zu Ureinwohnern. Die höchste Inzidenz wird in der jüdischen Bevölkerung amerikanischer, skandinavischer und südafrikanischer Studien gefunden (s. DIRKS, 1991). Allgemein kann man davon ausgehen, daß Männer und Frauen gleich häufig erkranken, obwohl von Autor zu Autor unterschiedliche Angaben gemacht werden.

### 1.3 Psychosomatik

#### 1.3.1 Psychische Auffälligkeiten

Bei der Betrachtung der Ergebnisse von Untersuchungen zu psychischen Auffälligkeiten bei Patienten mit Colitis ulcerosa soll im folgenden zwischen psychischen Störungen im Vorfeld der Erkrankung, psychischen Auffälligkeiten im Verlauf der Erkrankung und spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen unterschieden werden.

Seit der Veröffentlichung von MURRAY (1930) wird der Einfluß psychischer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen der Patienten mit Colitis ulcerosa diskutiert. Die Diagnostik psychischer Störungen bei Colitis-ulcerosa-Patienten ist allerdings mit Schwierigkeiten verbunden, die in der Art der persönlichen psychischen Problematik und in den damit verbundenen Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der Patienten begründet sind. Da Colitis-ulcerosa-Patienten dazu neigen, im Erstkontakt aus Angst und Unsicherheit Informationen zu verschweigen, ist für den Untersucher schwer zu unterscheiden, welche Ereignisse verdrängt sind und über welche Ereignisse wichtige Angaben zurückgehalten werden. Wichtige Informationen sind deshalb oft erst bei längerfristigem, vertrauensvollem Kontakt zu erhalten. Auch wenn Patienten in den ersten Kontakten über schwere Traumata aus ihrer Vorgeschichte berichten, werden fast regelhaft die dazugehörigen Gefühle der eigenen Betroffenheit und Belastung nicht erlebt und ausgedrückt.

In psychologischen Tests zur Selbstbeschreibung der Persönlichkeit fallen bei dieser Patientengruppe in symptomfreien Zeiten im Mittel «übernormale» Werte auf, die auf eine Idealisierung schließen lassen (FEIEREIS, 1990 a). Projektive Tests geben dagegen deutlichere Bilder von Wahrnehmungsstörungen und konflikthaft erlebten Beziehungen der Colitis-ulcerosa-Patienten (WIJSENBECK et al., 1968).

Aus heutiger Sicht haben psychogenetische Erklärungsmodelle neben anderen Faktoren für den Entstehungsprozeß und Verlauf der Erkrankung bei Patienten mit Colitis ulcerosa nach wie vor ihre Berechtigung. ENGEL

(1961) konnte anhand umfangreicher Literatur- und eigener Studien aufzeigen, daß bei Patienten mit Colitis ulcerosa von vielen Untersuchern mit großer Übereinstimmung bestimmte psychische Auffälligkeiten gefunden werden. Dies betrifft in erster Linie Persönlichkeitsmerkmale wie die *Abhängigkeit* von engen Bezugspersonen, die *Verletzbarkeit* bei realer oder befürchteter Trennung und Überforderung sowie die *Aggressionshemmung*. Patienten mit Colitis ulcerosa haben Schwierigkeiten, Verlustängste, die sowohl bei der direkten Äußerung eigener Aggressionen als auch bei aggressiven Äußerungen von engen Bezugspersonen entstehen, realitätsgerecht zu bewältigen, so daß sie in solchen Situationen psychosomatische Störungen, aber auch neurotische Angstzustände, depressive Verstimmungen oder psychotische Phänomene entwickeln können (KARUSH et al., 1977).

#### a) Psychische Störungen im Vorfeld der Erkrankung

Im Vorfeld der Erkrankung finden sich deutliche Hinweise auf prämorbid psychische Störungen und körperliche Krankheiten, bei denen seelische Faktoren eine Rolle spielen. BIEBL et al. (1984) finden in der Anamnese vor Ausbruch der Erkrankung folgende Angaben: Verstimmungszustände (57 %), Selbstmordversuche (29 %), Suchtsymptomatik (24 %) und Angstneurosen (19 %), Asthma bronchiale (5 %). Dies widerspricht der Annahme, daß die in Zusammenhang mit der Erkrankung gefundene Angst- und Depressionssymptomatik ausschließlich eine Folge der körperlichen Krankheit sei, die mit Besserung der Colitis ulcerosa deutlich abklinge. Die Richtigkeit dieser Beobachtung, daß die körperliche Besserung der Patienten zu einer seelischen Stabilisierung führt, ändert dennoch nichts an der psychischen Verletzbarkeit der Patienten, aufgrund von Bedingungen, die in den folgenden Kapiteln ausgeführt werden.

#### b) Psychopathologische Phänomene und Persönlichkeitsmerkmale

Die Häufigkeit psychopathologischer Symptomatik bei Patienten mit Colitis ulcerosa

liegt entsprechend den DSM-III-Kriterien bei 30 Prozent und ist unabhängig von Alter, Geschlecht und Schwere der körperlichen Erkrankung (ANDREWS et al., 1987). Die häufigsten psychischen Auffälligkeiten sind Angst und Depressivität (ANDREWS et al., 1987; FREYBERGER u. KÜNSEBECK, 1992). Hier lassen sich übereinstimmende Ergebnisse für Selbst- und Fremdeinschätzungen finden, d.h., die Patienten erleben ihre emotionale Verstimmung ähnlich wie der Untersucher. KARUSH et al. (1977) finden bei schwereren Krankheitsbildern auch schwerere Persönlichkeitsstörungen.

In einer Literaturübersicht, die ausschließlich kontrollierte Vergleichstudien berücksichtigt, berichten hingegen NORTH et al. (1990), daß psychische Störungen bei Patienten mit Colitis ulcerosa nicht häufiger nachgewiesen werden als bei gesunden oder internistischen Kontrollpatienten unterschiedlicher Diagnosen, wie z. B. funktionelle Darmbeschwerden, andere nichtentzündliche gastrointestinale Erkrankungen oder nichtgastroenterologische, chronische internistische Erkrankungen. Die Autoren betonen zu Recht, daß das methodische Vorgehen darüber entscheidet, ob Untersucher eine positive Beziehung zwischen psychopathologischen Faktoren und der Colitis ulcerosa finden. Gerade in psychologischen Testuntersuchungen, welche vor allem bewußtseinsnahe Symptome erfassen, wird nur bei instabilem Abwehrverhalten psychische Gestörtheit faßbar.

Im akuten Kollitisschub wird das psychopathologische Bild von krankheitsreaktiver Depressivität und Angst dominiert. FEIEREIS (1990 a) fand mit standardisierten Selbstbeobachtungsbögen während der akuten Krankheitsphase Persönlichkeitsmerkmale, die sich im symptomarmen Intervall nicht oder nur teilweise bestätigen ließen. WOOD et al. (1987) beschreiben bei Kindern mit Colitis ulcerosa, daß sich diese in Abhängigkeit ihres körperlichen Befindens als mehr oder weniger sozial kompetent erleben.

Zu den auch vor der Erkrankung und im symptomfreien Intervall feststellbaren Persönlichkeitszügen, die von psychoanalytisch orientierten Autoren beschrieben werden, zäh-

len vor allem zwanghaftes Verhalten und Aggressionshemmung (ENGEL, 1961; FEIEREIS, 1990 a). Ferner sind die Patienten emotional eng an eine wichtige Bezugsperson gebunden, die zum Bewertungsmaßstab des eigenen Handelns wird. Enge Bezugspersonen sind in der Regel Eltern, Großeltern oder Partner. KÜNSEBECK et al. (1981) beschreiben für Colitis-ulcerosa-Patienten eine extreme Empfindsamkeit und eine ungewöhnlich genaue Wahrnehmung der Einstellungen des Partners, aber nicht für entferntere Personen.

Konflikte resultieren aus der Inkongruenz eigener Bedürfnisse und der realen oder verinnerlichten Forderungen der die Patienten stützenden Bezugspersonen. Die Durchsetzung eigener Wünsche mit aggressiven Mitteln wird als Gefahr eines Verlustes der zur Stabilität notwendigen Bezugspersonen erlebt und löst massive Ängste aus, die dem Patienten in der Regel ganz oder teilweise unbewußt bleiben.

ARAPAKIS et al. (1986) konnten zeigen, daß Patienten mit Colitis ulcerosa weniger Selbstvertrauen haben, mehr Abhängigkeit von anderen Personen beschreiben und mehr feindselige Einstellungen gegenüber fremden Personen angeben als internistische Kontrollpatienten ohne gastrointestinale Erkrankungen. Dagegen werden offen feindselige Handlungen und sozial dominantes Verhalten für die Patientengruppe mit Colitis ulcerosa seltener beschrieben. Aggressives Verhalten in Konfliktsituationen mit nahen Bezugspersonen findet sich in erster Linie als «Identifikation mit dem Aggressor» und als Wendung der Aggression gegen die eigene Person. Bei der «Identifikation mit dem Aggressor» wird die unbewußte Trennungsangst dadurch abgewehrt, daß durch Identifikation Normen und Verhalten der Bezugsperson übernommen und somit als rechtmäßige Verhaltensäußerung erlebt werden. Selbstbestrafung in Form des depressiven Rückzugs und ein gewissenhaftes Befolgen der verinnerlichten Forderungen der Bezugsperson dienen der phantasierenden Konfliktlösung. Gelingt dabei die innere Stabilisierung des Patienten nicht, kommt es zum Krankheitsschub. Dem am Konflikt unbeteiligten Beobachter fallen Aggressionshemmung, Ordnungsliebe, Gewissenhaftigkeit und Leistungsbereitschaft auf.

### 1.3.2 Psychodynamische Modellvorstellungen zur Krankheitsgenese

Die psychologischen Theorien zu Entstehung und Verlauf der Colitis ulcerosa sind unspezifisch in dem Sinne, daß sie nicht nur als für diese Patientengruppe typisch bezeichnet werden können. Es fällt aber auf, daß die Patienten mit Colitis ulcerosa eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung psychosomatischer Theorien gespielt haben.

ENGEL und SCHMALE (1978) fanden, daß in subjektiv auswegslosen Konfliktsituationen mit den Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit der Patient erkrankt, weil durch die Hemmung anderer Ausdrucksmöglichkeiten die Erkrankung für ihn zur einzig möglichen Form der Affektabfuhr wird. Dieser Prozeß wird als *«giving up, given up»-Komplex* bezeichnet (s. Kap. II.B. und III.F.). Im Rahmen dieser Theorie resultiert das Gefühl der Hilflosigkeit im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten aus der Unsicherheit des eigenen Standpunktes und dem vergeblichen Versuch, sich dem Standpunkt der verinnerlichten, elterlichen Bezugsperson (Schlüsselfigur) anzupassen. Lassen sich Konflikte nicht durch Anpassung bewältigen, gibt es für Colitis-ulcerosa-Patienten häufig nur die Möglichkeit, durch Rückzug weitere Frustrationen zu vermeiden.

Da die positive Beziehung zur Bezugsperson eine Schutzfunktion gegenüber den destruktiven Impulsen der Patienten hat, werden im Konfliktfall starke Ängste und aggressive Gefühle ausgelöst. Die aggressiven Impulse gelten in der Regel dem internalisierten elterlichen *«Selbst-Objekt»* und haben deshalb auch autoaggressive Anteile. Wenn ihre Bewältigung nicht gelingt, kommt es zur gelebten Aggression gegenüber anderen und/oder der eigenen Person.

Auch FREYBERGER und KÜNSEBECK (1992) beschreiben zwei wesentliche Grundkonflikte: einen *Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt*, bei dem es zur Kollision zwischen kindlichen Abhängigkeitswünschen und internalisierten, elterlichen Forderungen kommt, und einen *Nähe-Distanz-Konflikt*, bei dem intensive Wünsche nach Verschmelzung und Anlehnung mit Distanzwünschen aufgrund

starker Verletzungsängste und destruktiver Impulse kollidieren.

Die wachsenden Anforderungen, die besonders während der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter an die Selbständigkeit und Verantwortung der Patienten gestellt werden, führen in Verbindung mit belastenden emotionalen Lebensereignissen zur Erkrankung oder zum Krankheitsrezidiv. Die oft nachweisbare, unsichere emotionale Differenzierung eigener Standpunkte und Orientierungsgrößen bei Patienten mit Colitis ulcerosa läßt sich besonders deutlich im Dialog erfassen und wird als *«Pensée opératoire»* (MARTY u. DE M'UZAN, 1978) oder als *«Alexithymie»* (NEMIAH u. SIFNEOS, 1970) beschrieben (s. Kap. II.B.). Der zwischenmenschlichen Kommunikation mangelt es an subjektiver emotionaler Bedeutungskennzeichnung des vom Patienten vermittelten Sachverhaltes, weil diese in der frühkindlichen Interaktion mit der elterlichen Schlüsselfigur nicht erlernt wurde (ZEPF u. TSCHIRCH, 1981). Damit verfügen die betroffenen Patienten auch über schlechtere Fähigkeiten der Wahrnehmung und Gewichtung körperlicher Symptome.

KUTTER (1988) weist auf die Störung der Körperbesetzung in der frühen Entwicklung bei Patienten mit psychosomatischen Störungen hin. Werden in der frühen Kindheit die Körperfunktionen von den Bezugspersonen vernachlässigt oder extrem kontrolliert, so komme es nicht zur Integration von Körper- und Selbstrepräsentanz. Vielmehr führten Störungen bei der Entwicklung der Körperrepräsentanz leicht zu einer Spaltung von Körper- und Selbstrepräsentanz und zu einer unrealischen Einschätzung von Körpersymptomen und körperlicher Belastbarkeit. Der Körper werde dann schnell anderen überantwortet, zum Beispiel den Ärzten.

### 1.3.3 Kritische Lebensereignisse als Krankheitsauslöser

Unter streßtheoretischen Gesichtspunkten wurden kritische Lebensereignisse als Auslöser im Vorfeld der Erkrankung und späterer Erkrankungsschübe bei Patienten mit Colitis ulcerosa untersucht. Hier lassen sich häufig

*reale oder phantasierte Verlust- und Trennungsergebnisse* (Objektverlust) finden. Genannt werden u. a. Tod oder Krankheit einer nahen Bezugsperson, Scheidung, Auszug aus dem Elternhaus, Nichtbeachtung oder Kränkung durch eine wichtige Bezugsperson, Geburt eines Kindes, Urlaub des behandelnden Therapeuten, Abschlußprüfungen.

Während vom Interviewer spezifische Ereignisse als Auslöser der Erkrankung bzw. der Schübe gefunden werden, können in einzelnen Untersuchungen mittels standardisierter Fragebögen in definierter Zeit vor den Erkrankungsschüben nicht mehr belastende Lebensereignisse bei Colitis-ulcerosa-Kranken nachgewiesen werden als bei Gesunden. Dabei ist die Frage, ob möglicherweise die von ZEPF und TSCHIRCH (1981) gefundene Unsicherheit in der subjektiven Bedeutungskennzeichnung von Ereignissen die Verknüpfung von belastendem Ereignis und Erkrankung erschwert. Es wäre zu erwarten, daß die weniger wahrnehmungsgestörten Patienten eher solche Verknüpfungen registrieren könnten.

### 1.3.4 Soziale Beziehungen

#### a) Ursprungsfamilie

Nach BOWLBY'S «Attachment»-Theorie (1977; s. Kap. III.C.) wirken sich frühe Elternverluste auf die spätere psychosoziale Entwicklung der Betroffenen negativ aus. In einer britischen prospektiven Jahrgangsstudie werden Jungen, die vor dem 5. Lebensjahr einen Elternteil durch Trennung, Tod oder Scheidung verloren haben, zwischen dem 12. und 26. Lebensjahr häufiger wegen einer Colitis stationär behandelt (WADSWORTH, 1984). Colitis-ulcerosa-Patienten mit einem Gesamtbefall des Kolons geben nach BIEBL et al. (1984) vor dem 15. Lebensjahr deutlich mehr Elternverluste und andere relevante Lebensereignisse an als Patienten mit ausschließlichem Befall der distalen Kolonabschnitte.

Als Fazit seiner Untersuchungen zur Familiensituation, -psychodynamik und -therapie bei Familien mit Colitis-ulcerosa- und Morbus-Crohn-Patienten betont WIRSCHING (1984) drei Charakteristika:

1. Die Familie zeigt einen starken Zusammenhalt (familiäre Bindung).
2. Die psychologischen Grenzen innerhalb der Familie scheinen aufgehoben (Fusion),

bei starker Abgrenzung der Familie nach außen (Isolation).

3. Die Entwicklungsfähigkeit der Familie erscheint eingeschränkt (Rigidität).

WIRSCHING (1984) findet unter den übrigen Familienmitgliedern zahlreiche weitere Erkrankungen, die es nicht zulassen, von spezifischen Familienmustern bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu sprechen (vgl. Kap. III.D.).

Die krankmachende Wirkung der Familienstrukturen, besonders in Krisenzeiten, resultiert für das einzelne Familienmitglied aus der wechselseitigen Abhängigkeit und dem ständigen Überschreiten individueller Grenzen. Zur familiären Eingetheit gehören qualitativ und quantitativ eingeschränkte, mehr sach- als personenbezogene Formen der Kommunikation. Die Befolgung leicht vorhersagbarer, starrer Regeln und starke Harmonisierungstendenzen dienen dem Ziel, die familiär notwendige Homöostase zu erhalten. Dem als Patient deklarierten Familienmitglied kommt häufig eine konfliktvermeidende Funktion zu, z. B. die Kindern eigene «in-between»-Stellung, bezogen auf die Eltern (WIRSCHING, 1984).

Die bei allzu großer familiärer Nähe leicht auftretende Unschärfe in der Wahrnehmung des einzelnen zeigt sich in einer Untersuchung von erkrankten Kindern und ihren Eltern. OVERBECK (1985) fand, daß im Gießen-Test die Eltern sich im Sinne «sozialer Resonanz» und «Kontrolle» darstellen und ihre Kinder als überwiegend gesund schildern. Fast ein Drittel der Eltern vergessen bei der Schilderung sogar die Colitis ulcerosa ihrer Kinder. Projektive Tests der Kinder sprechen für Beziehungsarmut und Abgrenzungsmangel. Aggressionen werden im Sinne der Projektion ausschließlich außerhalb der Familie wahrgenommen, was der Angstabwehr dient. Personen auf Einzelabbildungen werden als «verlassen» beschrieben. Der Untersucher betont, daß die starke häusliche Gebundenheit der Kinder «nicht mit oraler Verwöhnung einhergeht», was heißt, daß die Eltern auf Versorgungswünsche ihrer Kinder nicht in überfürsorglicher Weise eingingen.

LIEDTKE (1987), der den elterlichen Erziehungsstil bei kolitiskranken Kindern mit Fragebögen zu Erziehungseinstellungen, -techniken und -zielen aus Sicht der Kinder und aus Sicht der Eltern untersuchte, fand – teilweise in Widerspruch zur Literatur – für die Mütter das Bild einer in der Erziehung nicht zu Bestrafungen und zum Experimentieren neigenden, einfühlsamen, behütenden Frau, deren Erwartungen an das Kind im Leistungsbezug deutlich wurden. Auch der Vater fiel als eine Person auf, die unter Verzicht auf Strafen eine enge Beziehung zu den Kindern suchte, vor allem zur Tochter. Von den Söhnen wurde Selbständigkeit erwartet. Auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Beurteilung der Eltern durch kolitiskranke Kinder hat WEINER (1977) in seiner Literaturübersicht hingewiesen.

Es fehlen für die Colitis ulcerosa bislang Familienuntersuchungen, welche die besondere Situation von Teilfamilien nach Trennung und Scheidung der Eltern oder nach Wiederheirat die Interaktion mit Stiefeltern und -geschwistern zum Inhalt haben.

#### *b) Partnerschaft und Sexualität*

Die Struktur partnerschaftlicher Beziehungen der Patienten mit Colitis ulcerosa entspricht weitgehend der Struktur der prägenden abhängigen Eltern-Kind-Beziehung. Der Partner wird unbewußt als Elternteilersatz gewählt. Darüber hinaus bleibt oft der Einfluß dominanter elterlicher Bezugspersonen aus der eigenen oder der Schwiegerfamilie innerhalb der Partnerschaft groß (WEINER, 1977).

Beim Vergleich mit einer chirurgischen Kontrollgruppe geben Patienten mit Colitis ulcerosa an, mit ihren Partnern über Gefühle und Probleme schlechter reden zu können. Auch berichten sie häufiger über Partnerkonflikte und daß sie ihre Partner weniger anziehend finden. Sie haben seltener Geschlechtsverkehr und geben häufiger Probleme beim Geschlechtsverkehr an (PROBST et al., 1990). Körperkontakt in Form von Liebkosungen ist für die Mehrheit der Patienten wichtiger als sexuelle Kontakte, die von einigen als ekelhaft und «schmutzig» eingestuft werden. Die meisten Frauen geben an, nie einen Orgasmus während des Beischlafs zu haben. Zahlreiche Männer klagen über zeitweise oder dauerhafte Impotenz.

Die Angst vor Enttäuschungen und Verletzungen in Beziehungen findet sich auch bei ledigen Colitis-ulcerosa-Patienten. Sie haben seltener ein Rendez-vous als ledige Patienten einer chirurgischen Kontrollgruppe.

Die untergeordnete Rolle der Sexualität ist eher als Folge der behinderten, persönlichen Reifung und weniger als Krankheitsfolge anzusehen. Nur bei hohem Schweregrad waren die Kontaktmöglichkeiten durch die Krankheit selbst eingeschränkt (PROBST et al., 1990).

#### *1.3.5 Berufliche Integration*

Patienten mit Colitis ulcerosa werden teilweise als ehrgeizig beschrieben und suchen verstärkt Anerkennung im Leistungsbereich. Prüfungssituationen werden deshalb oft als eine Belastung erlebt, denen sich die Betroffenen nicht gewachsen fühlen. Sie sind in zweierlei Hinsicht bedrohlich; zum einen wegen verinnerlichter elterlicher Leistungsansprüche und Angst vor Liebesverlust, zum anderen wegen der Angst vor stärkerer Verantwortung in einer neuen Entwicklungsstufe, die mit dem Ablegen von Prüfungen in der Regel verbunden ist. Letztes gilt besonders für Abschlußexamina. Mißerfolge werden leicht überbetont, und reale Erfolge verblassen angesichts von Mißerfolg fast völlig. Schlechtes Befinden, welches die Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher oder seelischer Beeinträchtigung vermindert, wird von den Patienten im Sinne des Selbstvorwurfes irrtümlich als Desinteresse und Lernschwäche gewertet, möglicherweise auch als Ausdruck einer fehlenden Differenzierung verinnerlichter, rigider elterlicher Forderungen (s. Abschnitt 1.3.4, a) Ursprungsfamilie).

Die Arbeitsfähigkeit ist bei einem Viertel der Patienten eingeschränkt. Es kommt häufiger zu Fehlzeiten am Arbeitsplatz, und jeder sechste hat nach Krankheitsbeginn den Arbeitsplatz wechseln müssen (FEIEREIS, 1990 a).

### **1.4 Prognose**

Die *Mortalität der akuten Erkrankung* liegt seit Einführung der Kortikosteroide in die Thera-

pie bei etwa 1 Prozent. Bei der Komplikation eines toxischen Megakolons steigt die Letalität der Patienten auf fast 20 Prozent (GOEBELL et al., 1992).

Die *Langzeitprognose* der Colitis ulcerosa wird mit Behandlung als gut bezeichnet. Ohne remissionsfördernde Therapie mit 4- oder 5-Aminosalicylsäure-Präparaten beträgt die Rückfallrate aller Formen der Colitis ulcerosa etwa 80 Prozent (GOEBELL et al., 1992). Prognostisch bedeutsam sind die folgenden demographischen, Krankheits- und psychologischen Faktoren: Alter bei Beginn der Erkrankung, Schweregrad und Ausdehnung der Entzündung, Art und Schwere der Komplikationen, Behandlungsform und Ansprechbarkeit auf die Behandlung, Persönlichkeitsstruktur, reaktive psychische Veränderungen und psychosoziale Folgen der Erkrankung. Die Langzeitprognose ist um so ungünstiger, je früher die Erkrankung auftritt. Dennoch läßt sich keine strenge Abhängigkeit zwischen Krankheitsdauer, Lokalisation und Verlaufsform feststellen. Nach KARUSH et al. (1977) verbessert die Aufmerksamkeit für seelische Belange des Patienten die Langzeitprognose.

Durch Berechnung der kumulativen Mortalität ließ sich nachweisen, daß unter kontinuierlicher konservativer Langzeitbehandlung mit einer kombinierten somatischen Behandlung und Psychotherapie die Überlebenschancen für die Colitis-ulcerosa-Patienten verbessert werden konnten. Die Letalität infolge der Kolitis oder ihrer Komplikationen, gemittelt über alle Schweregrade (I–IV), wird mit 2,9 Prozent angegeben. Von 268 Patienten mit dem Schweregrad III und einer mittleren Beobachtungsdauer von 12,2 Jahren (Zeitspanne 0–33 Jahre) war bei 10 Prozent eine totale Kolektomie, bei 2 Prozent eine Hemikolektomie und bei 4 Prozent die Anlage eines Anus praeter bei belassenem Kolon notwendig. Von den übrigen Patienten waren 7 Prozent beschwerde- und symptomfrei, 43 Prozent hatten eine rückläufige Entzündung mit Restbefunden und klinisch normalen Nachuntersuchungsergebnissen, 13 Prozent wiesen ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis auf und bei 4 Prozent lag ein unveränderter Befund vor. Die Mortalität lag in dieser Gruppe bei fast 15 Prozent, davon entfielen 3 Prozent auf eine Kolonkarzinom, 4 Prozent auf postoperative Mortalität und der Rest auf kolitisbedingte Komplikationen (FEIEREIS, 1990 a).

Das Krebsrisiko steht in direkter Beziehung zur Ausdehnung der Colitis ulcerosa im Kolon und zur Zeitdauer der Erkrankung und wird als zwanzigmal höher im Vergleich zu einer Kontrollpopulation angegeben.

Es betrifft mit fünf- bis zehnjähriger Verschiebung auch Patienten mit nur linksseitiger Colitis ulcerosa, vorzugsweise auch im symptomfreien Intervall. Alle Patienten sollten bei totalem Befall nach 10 Jahren beziehungsweise bei subtotalem Befall des Kolons nach 12 bis 15 Jahren in ein Überwachungsprogramm mit Kontrollkoloskopien in zweijährigen Abständen aufgenommen werden (GOEBELL et al., 1992).

Trotz der erzielten Fortschritte in der internistischen und chirurgischen Therapie ist die Colitis ulcerosa nach wie vor eine bedrohliche und beeinträchtigende Erkrankung, die frühzeitig in die Hände von Spezialisten gehört und bei schweren Verlaufsformen konsequent in enger Kooperation von Gastroenterologen, Chirurgen und Psychotherapeuten/Psychiatern behandelt werden sollte. Die höchste Letalität besteht nach Ansicht vieler Autoren innerhalb des auf die erste Krankenhausaufnahme folgenden Jahres (FEIEREIS, 1990 a).

## 1.5 Therapie

Eine Untersuchung zum Krankheitsverlauf zeigt, daß zwischen der Zufriedenheit des Colitis-ulcerosa-Patienten mit der Arzt-Patient-Beziehung und der Länge symptomfreier Intervalle ein signifikanter Zusammenhang besteht. Die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung enthält das Empfinden des Patienten, langfristig Verständnis und Anteilnahme von seiten des behandelnden Arztes zu erhalten, und ist unabhängig vom Patientenurteil über die Behandlungsqualität der körperlichen Therapie (LIEDTKE et al., 1972).

### 1.5.1 Psychotherapie

Die Fortschritte in der internistischen und chirurgischen Therapie der Colitis ulcerosa haben den Leidensdruck und die Psychotherapiemotivation der Patienten deutlich vermindert. Darüber hinaus gibt es nach wie vor Differenzen zwischen Gastroenterologen und Psychotherapeuten über die Bedeutsamkeit der prämorbid psychischen und sozialen Bedingungen für das Auftreten und den Verlauf der Colitis ulcerosa. Unter diesen Voraussetzungen ist es nicht einfach, kontrollierte



interdisziplinäre Therapiestudien durchzuführen.

KARUSH et al. (1977) berichten über die Langzeitverläufe einer Psychotherapiestudie von 30 Colitis-ulcerosa-Patienten, die kombiniert mit *analytisch orientierter Psychotherapie* behandelt wurden. Diese Patienten waren schon vor der Erkrankung psychisch auffällig, wobei die psychische Diagnose erst zum Zeitpunkt des Beginns der Colitis gestellt wurde. 16 Patienten hatten Persönlichkeits- oder psychoneurotische Störungen, 14 hatten frühe «schizophrene» oder Borderline-Störungen mit psychotischen Episoden. Patienten ohne psychotische Störungen hatten deutlich bessere Prognosen hinsichtlich der Besserung der physischen Symptome, von Verhaltensänderungen und/oder strukturellen Veränderungen der Persönlichkeit. Von 16 Patienten mit leichteren Symptomen waren zum Nachuntersuchungszeitpunkt 12 körperlich gebessert, davon hatten 7 keine Krankheitszeichen; 12 zeigten Verhaltensänderungen und 8 strukturelle Veränderungen. Von den 14 Patienten mit psychotischer Fragilität zeigten 8 eine körperliche Besserung, ein Patient war ohne Krankheitszeichen; 11 zeigten Verhaltensänderungen und 4 strukturelle Veränderungen der Persönlichkeit. Patienten, die vor Krankheitsbeginn belastende Ereignisse angaben, hatten eine bessere Prognose als diejenigen, die keine Belastungen nannten. Allgemein galt für die Psychotherapie der Patienten: Je länger die Therapie, desto besser die Ergebnisse. Aber auch nach kürzerer Therapiedauer von weniger als einem Jahr zeigten 56 Prozent der Patienten eine körperliche Besserung; die Erfolgsrate stieg auf 83 Prozent bei einer Therapiedauer von einem bis drei Jahren. Die Ergebnisse von jährlichen Follow-up-Untersuchungen über mehr als acht Jahre zeigten eine günstigere Entwicklung für Patienten mit Psychotherapie im Vergleich zu einer nur internistisch behandelten Patientengruppe, für die keine psychischen Symptome bei Krankheitsbeginn registriert wurden. Zu den wichtigsten Tugenden erfolgreicher Therapeuten zählten nach Aussage der Autoren Interesse, Empathie und Hoffnung. Auch ANDREWS et al. (1987) betonen die Notwendigkeit gezielter psychotherapeutischer und/oder psychopharmakolo-

gischer Mitbehandlung bei psychischen Komplikationen, da sich diese nur bei 10 Prozent der Patienten spontan zurückbildeten.

BRUCE (1986), der stationär Eltern und Kinder betreute, berichtet, daß Eltern ärgerlich waren, wenn sie aufgefordert wurden, mit ihrem Kind den Psychiater aufzusuchen. Er weist darauf hin, daß konsequente Mitbehandlung durch Psychotherapeuten nur bei Integration des Psychotherapeuten in das Behandlungsteam möglich ist und gute Kenntnisse über Art, Verlauf und Therapie der Krankheit von seiten des Psychotherapeuten notwendig sind.

#### a) Psychotherapie im akuten Schub

FREYBERGER u. KÜNSEBECK (1992) beschreiben, daß zu Beginn der stationären Behandlung starke depressive Verstimmungen, Ohnmachtsgefühle und deutlich spürbare Abhängigkeitswünsche, verbunden mit der Suche nach stützenden Bezugspersonen aus dem Kreis des medizinischen Personals oder der Familie, charakteristisch für Colitis-ulcerosa-Patienten sind. Sie weisen aber die Argumentation als Trugschluß zurück, die Depressivität und das Anlehnungsbedürfnis der Patienten sei ausschließlich Folge der körperlichen Erkrankung. Gerade im Zustand der floriden Erkrankung könnten die Patienten nicht ihre sonst so stabile Verleugnung psychischer Konflikte aufrecht erhalten. Es ist deshalb ohne Kenntnis von längerfristigen Verläufen nicht möglich, den Anteil an krankheitsreaktiven Störungen korrekt abzuschätzen. Die Patienten sind in der klinischen Situation oft so hilflos und ängstlich, daß ihre Ängste über die aktuellen Symptome, die Krankenhaussituation, die Diagnostik und die Therapie alle anderen Probleme in den Hintergrund drängen.

Während der akuten Krankheitsphase stehen stützende *Gespräche* (im Sinne der supportiven Psychotherapie) zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung im Vordergrund, darüber hinaus ist Krisenintervention bei schwerer Depressivität und stark ängstigenden diagnostischen und therapeutischen Eingriffen angezeigt (s. Kap. III.F.). Erfahrungsgemäß gehören hierzu die Koloskopie, die Steroidbehandlung, die parenterale oder Sonden-Ernährung und die Operationsvor- und -nachbetreuung. Weitere seelische Gründe,

die nicht selten einer psychotherapeutischen Mitbehandlung bedürfen, sind Ängste vor der Ungewißheit der Krankheitsentwicklung, unklare diagnostische Mitteilungen, Angst vor Krebs und fehlende Anerkennung bei familiären Bezugspersonen, daß die Betroffenen wirklich krank sind.

Das Autogene Training hat sich als Entspannungsmethode im stationären Setting im Rahmen weiterer psychotherapeutischer Gesprächsangebote bewährt (FEIEREIS, 1990 a).

#### *b) Psychotherapie im symptomfreien Intervall*

Psychotherapie, welche auf längerfristige Veränderungen in der Körperwahrnehmung, im Ausdrucksverhalten und in der Einstellung zum Leistungs- und Freizeitverhalten sowie dem Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten abzielt, sollte im symptomarmen oder symptomfreien Intervall stattfinden. Patienten mit Proktosigmoiditis und subtotaler Colitis ulcerosa sind für eine aufdeckende Psychotherapie im symptomfreien Intervall eher motiviert als Patienten mit totalem Kolonbefall. Die eindeutige Förderung und Unterstützung begleitender Psychotherapie durch die internistisch oder chirurgisch tätigen Ärzte ist für die Motivation der Patienten sehr wichtig.

Unter den günstigen Bedingungen einer interdisziplinären Kooperation in der Klinik sollte die Psychotherapie der Colitis ulcerosa als supportive Psychotherapie auf der gastroenterologischen Station beginnen und – im symptomarmen Intervall entsprechend den persönlichen und lokalen Gegebenheiten – als stationäre Psychotherapie in einer psychosomatischen Klinik und/oder ambulant fortgesetzt werden. Da aus ökonomischen und sozialen Gründen stationäre Psychotherapie zeitlich begrenzt ist, wird, wenn keine ausreichende psychische Stabilisierung erreicht wurde, eine längerfristige ambulante Psychotherapie notwendig. Die meisten positiven Erfahrungen liegen hinsichtlich tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie vor (s. Kap. III.C.). Sie dient dem Abbau von Angst und Depressivität, der Verarbeitung innerer Konflikte und der Korrektur der narzißtischen

Verletzbarkeit durch alternative Erfahrungen in der Therapeut-Patient-Beziehung.

Die stationäre analytisch orientierte Psychotherapie hilft vor allen den Patienten, die aufgrund ihrer ungenügenden Introspektions- und Kommunikationsfähigkeiten große Schwierigkeiten haben, mit ihren verborgenen Bedürfnissen und Gefühlen in Kontakt zu kommen. Diese Patienten somatisieren ihre Konflikte, ohne sie als solche wahrnehmen zu können. Der Grundgedanke stationärer psychoanalytisch orientierter Gruppenpsychotherapie ist es, den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre seelischen Schwierigkeiten in einem nach außen geschützten Raum darzustellen. Die psychodynamischen Prozesse steuern auch die Krankheitssymptomatik und bestimmen im Stationsalltag die zwischenmenschlichen Beziehungen zu Mitpatienten, Pflegepersonen und Therapeuten. Sie können auf diese Weise in der Gruppe bewußt erlebt, angesprochen und korrigiert werden (s. hierzu Kap. III.C.).

Wegen der Gehemmtheit im körperlichen und sprachlichen Ausdruck stellen nonverbale Therapieformen wie Mal-, Gestaltungs-, Musik- und Bewegungstherapie weitere Zugänge zur Äußerung und zum Verständnis des eigenen Erlebens dar. Diese Verfahren werden, ergänzend zur konfliktbearbeitenden Therapie, überwiegend in stationären Einrichtungen angeboten.

Frühe Studien in den fünfziger und sechziger Jahren haben gezeigt, daß die Therapieerfolge sich erst längerfristig auf den somatischen Verlauf auswirken und deshalb langjährige Nachuntersuchungen notwendig sind, um den Therapieerfolg nachzuweisen. Die Auswirkungen auf das seelische und körperliche Befinden stehen nicht in direkter Beziehung zueinander. Während die Besserung emotionaler Störungen von Dauer und Intensität der Psychotherapie abhängig ist, kommt es bei der Entwicklung des Krankheitsverlaufs darauf an, ob es einer Person gelingt, ihre psychosozialen Bedingungen langfristig zu verändern. Besonders gefährdet sind Patienten, deren psychischer Befund Anzeichen einer psychotischen Spaltung mit deutlichem Realitätsverlust zeigt. Diese Patienten haben eine erhöhte Mortalität und schwerere Ver-

läufe. Ihre Behandlung erfordert spezielle psychotherapeutische Kenntnisse. Zu dieser Gruppe gehörten in den USA etwa 20 Prozent der Colitis-ulcerosa-Patienten (KARUSH et al., 1977).

Die kombinierte medikamentöse, Ernährungs- und Psychotherapie führt zu einer Verlängerung der Remissionsphasen, zur Verkürzung der Erkrankungsschübe, zu einer Abnahme des Leidensdruckes und zu einer Förderung der rehabilitativen Eingliederung der Patienten (KARUSH et al., 1977).

### 1.5.2 Operative Therapie

Die operative Therapie bei der Colitis ulcerosa ist dann angezeigt, wenn schwere Komplikationen dies erforderlich machen.

Solche Komplikationen sind unstillbare Blutungen, Darmlähmung (Toxisches Megakolon), Darmwanddurchbruch oder therapierefraktäre Erkrankung. Bei etwa 3 Prozent der Erkrankten tritt nach jahrelanger Krankheit und ausgedehntem Darmbefall eine bösartige Entartung der Schleimhaut auf, die eine Entfernung des Dickdarms erforderlich macht. In einigen Fällen beeinträchtigen die chronische Erkrankung und die notwendige Therapie die Lebensqualität der Patienten so sehr, daß sie sich entschließen, der Dickdarmoperation den Vorzug vor weiterer konservativer Therapie zu geben. Wegen der zehnfach höheren Mortalität bei Notoperationen sollte nicht übermäßig lange mit einer Operation gewartet werden (HERFARTH et al., 1993).

Die operative Entfernung des Dickdarms ist heute nur noch ausnahmsweise mit Inkontinenz durch Anlegen eines Dünndarmausgangs (Ileostoma) verbunden. Neuere Operationsmethoden, wie das Anlegen von Dünndarmreservoirs, das aus einer Dünndarmschlinge gebildet wird, können heute zu einer relativen Kontinenz führen. Seit etwa 20 Jahren gibt es die Kock-Tasche im Bereich des Ileostomas. Hier hat der Patient die Möglichkeit, das Reservoir selbst zu entleeren. In den letzten Jahren besteht die Möglichkeit, diese Tasche im Analbereich zu implantieren, indem der Enddarm belassen und nur die Schleimhaut entfernt wird (Ileoanostomie). Bei dieser Methode kann die Kontinenz durch den Schließmuskel erhalten bleiben (GOEBELL et al., 1992).

Das Anlegen eines Ileostomas, passager oder dauerhaft, kann für die Betroffenen eine schwer zu bewältigende Maßnahme sein. Von einem Teil der Patienten wird die chronische Krankheit aber als so belastend erlebt, daß für

sie die Ileostomie eine Erleichterung bedeuten kann. Die Anlage eines Ileostomas sollte, wenn es sich nicht um eine Notfallentscheidung handelt, eingehend mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen werden. Die Unterstützung durch Betroffene, die selbst mit einem Ileostoma leben gelernt haben, kann dabei sehr hilfreich sein. Genauso wichtig sind die postoperative seelische Unterstützung und eine gute Versorgung des künstlichen Darmausgangs. Hier sollte dem Patienten auch über den Entlassungszeitraum hinaus Hilfe angeboten werden. Wegen mangelnder Beratungsstellen übernehmen, z.B. in Hamburg, Sanitätshäuser mit speziell geschulten Kräften diese Betreuungsarbeit. Proktologische Spezialprechstunden an den chirurgischen Kliniken sind für alle operativ zu behandelnden Komplikationen wichtig. Überraschenderweise suchen nur relativ wenige Patienten (3 bis 6 %) Unterstützung in Selbsthilfegruppen wie die Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung (ILCO), die 1972 in Freising gegründet wurde. Daneben gibt es seit 1982 die Deutsche Morbus-Crohn/Colitis-ulcerosa-Vereinigung e.V. (DCCV). Die Selbsthilfegruppen für jüngere und ältere Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen findet man heute bundesweit. Sie sind über die Bundesvereinigung oder regionale Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen zu erreichen. Der behandelnde, stationär tätige oder niedergelassene Arzt sollte über die aktuellen lokalen Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten informiert sein.

## 2. Morbus Crohn

### 2.1 Definition, Symptomatik, Verlauf

Der Morbus Crohn wurde 1932 als eigene Krankheitseinheit unter dem Namen Ileitis terminalis beschrieben und nach dem Erstautor der entsprechenden Veröffentlichung benannt (CROHN et al., 1932). Die Entzündung kann im gesamten Magen-Darm-Trakt vorkommen, von der Mundhöhle bis zum Anus, in 20 Prozent der Erkrankungsfälle ist ausschließlich der Dickdarm betroffen. Der Befall des Dickdarms ist bei 60- bis 79-jährigen

häufiger als bei 20- bis 39jährigen. Die Erkrankung beginnt häufig im terminalen Ileum und wird leicht als Blinddarmentzündung verkannt. Die Entzündung betrifft alle Darmwandschichten. Abszeß- und Fistelbildung sind häufig. Die Beschwerden wechseln nach dem Sitz der Erkrankung. Bei Befall des Dünndarms stehen starke Schmerzen, Blähbauch und Durchfälle, teilweise mit Erbrechen und Fieber einhergehend, im Vordergrund. Bei Mitbefall des Dickdarms finden sich häufiger auch Schleim- und Blutbeimischungen zum Stuhl.

Die Diagnose des Morbus Crohn wird klinisch, röntgenologisch, endoskopisch und histologisch gestellt. Makroskopisch fällt eine ungleichmäßige segmentale Entzündung der Schleimhaut mit umschriebenen Nekrosen und Läsionen auf, die ein kopfsteinpflasterähnliches Relief bilden können. Im Spätstadium finden sich Wandstarre, -verdickung, -verkürzung und -einengung, die im Röntgenbild sichtbar sind. Die Schwere der Erkrankung wird am häufigsten mit Hilfe des CDAI (Crohn's Disease Activity Index) bestimmt, auch «Bestindex» genannt. Bei einem CDAI von > 150 besteht eine behandlungsbedürftige Situation (GOEBELL et al., 1992).

Als Komplikationen findet man die gedeckte Perforation, die zur Abszeß- und Fistelbildung führen kann. Fisteln können von einem Darmabschnitt zu einem anderen führen oder vom Darm in die Umgebungsorgane und die Haut. Die Beschwerden richten sich nach dem Verlauf der Fisteln. Analfisteln können den Schließmuskel zerstören, was zu teilweiser oder vollständiger Stuhlinkontinenz führen kann. Bei einem Drittel der Patienten bestehen perianale Beschwerden. Der Befall des Rektums wird mit 14 Prozent bis 25 Prozent angegeben. Eine zunehmende Einengung des Darmlumens führt zu Passagestörungen, unter Umständen bis zum Darmverschluß. Die Gefahr einer Krebserkrankung auf dem Boden der chronischen Entzündung wird mit 1,8 Prozent bis 3 Prozent beziffert (FEIEREIS, 1990b).

Neben den Darmsymptomen finden sich häufig extra-intestinale Symptome der Haut (Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum), der Augen (Iridozyklitis, Episkleritis, Uveitis) und Entzündungen der großen Gelenke. Ein Teil der Patienten hat ein positives Histokompatibilitätsantigen HLA-B27, welches zu Morbus Bechterew prädisponiert. Wie bei der Colitis ulcerosa kommt es bei einem Drittel der Patienten zu einer entzündlichen oder nichtentzündlichen Mitbeteiligung der Leber und Gallengänge. Das Spektrum

möglicher differentialdiagnostisch in Frage kommenden Erkrankungen macht die Diagnose des Morbus Crohn schwierig. Sie wird oft erst viele Jahre nach den ersten Krankheitssymptomen gestellt.

## 2.2 Epidemiologie

Die Neuerkrankungsrate zeigt zwischen 1976 und 1985 in einer stationären Erhebung im Ruhrgebiet ein stabiles Plateau mit 5 bis 7/100000 Einwohner pro Jahr (DIRKS, 1991). Frauen erkranken etwa gleich häufig wie Männer. Der Altersgipfel für beide Geschlechter liegt zwischen 20 und 30 Jahren (DIRKS, 1991). 13,4 Prozent der untersuchten Patienten in einer Morbus-Crohn-Populationsstudie hatten Familienangehörige mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Am häufigsten sind Angehörige ersten Grades betroffen, in zweiter Linie Vetter und Basen aus derselben Generation. Vier von sechs monozygoten Zwillingen sind konkordant erkrankt. Patienten mit familiärer Häufung erkranken früher (MONSEN et al., 1991).

## 2.3 Psychosomatik

### 2.3.1 Psychische Auffälligkeiten

Psychische Störungen bei Morbus-Crohn-Patienten werden in Abhängigkeit von der Untersuchungsstichprobe und den -methoden mit 21 Prozent bis 100 Prozent angegeben. Sie werden nach neueren Untersuchungen häufiger für Morbus Crohn-Patienten beschrieben als für die Patienten mit Colitis ulcerosa, mit anderen chronischen Erkrankungen oder für körperlich gesunde Personen (TARTER et al., 1987). Es finden sich vor allem Angstsyndrome und Depression. ANDREWS et al. (1987) beschreiben nach DSM-III-Kriterien gleich viele psychische Auffälligkeiten (33 %) wie bei Colitis-ulcerosa-Patienten (34 %), finden aber eine deutliche Zunahme bei Morbus-Crohn-Patienten im Schub im Vergleich zum symptomfreien Intervall (50 % versus 8 %).

WOOD et al. (1987) dagegen sind der Meinung, daß die psychischen Auffälligkeiten bei Kindern nicht abhängig von der Krankheitsaktivität sind. Krankheitsabhängig seien aber

die Art des Ausdrucks seelischer Probleme. Erkrankte Kinder zeigen mehr Angstsymptome, Depression und Rückzugsverhalten (39 %) im Vergleich zu ihren gesunden Geschwistern (24 %).

Eigene Untersuchungen sprechen dafür, daß Patienten mit Dünndarmbefall bei stärkeren Beschwerden von einem Zusammenbruch der Angstabwehr stärker bedroht sind (FEDERSCHMIDT et al., 1994). KÜCHENHOFF (1993), der die Krankheitsbewältigung von Morbus-Crohn-Patienten untersuchte, fand, daß Bewältigungs- und Abwehrmechanismen bei Untergruppen im Schub und im symptomarmen Intervall deutlich verschieden waren. Auch die Struktur der Beziehung von Bewältigungs- und Abwehrfaktoren änderte sich in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität. Er beschreibt eine kleinere Untergruppe psychisch sehr gefährdeter Patienten, die Angst im Schub mittels Spaltung und projektiver Identifizierung abwehrten.

### 2.3.2 Persönlichkeitsmerkmale

Morbus-Crohn-Patienten werden in der Literatur in ihrer Persönlichkeit heterogener dargestellt als Colitis-ulcerosa-Patienten. Im Zustand des akuten Schubs beschreiben sie sich im Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI) als weniger gesellig, irritierbarer, gehemmter, verschlossener, introvertierter und weniger maskulin im Vergleich zu einer parallelisierten chirurgischen Kontrollstichprobe. Die Selbstbeschreibung ist abhängig von der Krankheitsaktivität (PROBST et al., 1990).

Im symptomarmen Intervall fallen die Patienten dagegen durch Aggressionshemmung und eine betonte Unabhängigkeit in der Selbstbeschreibung auf. Dieses Phänomen wird von zahlreichen Autoren als *pseudounabhängig* bezeichnet, weil es nicht einer emotionalen Unabhängigkeit im Handeln entspricht (PAULLEY, 1974; BIEBL et al., 1984; FEIEREIS, 1990b). Es gibt klinische Hinweise, daß die fehlende frühe emotionale Bindung an eine verlässliche und stützende Elternfigur zu einer langfristigen Abhängigkeit von äußeren Einflußfaktoren mit magischem Wunsdenken und kritikloser Übernahme elterlicher oder

gesellschaftlicher Einstellungen und Maßstäbe führt. Zur Aufrechterhaltung der positiv gestimmten Befindlichkeit werden Konflikte unterschiedlich stark verleugnet. Eine Reihe von Morbus-Crohn-Patienten neigt aufgrund ihrer *Verleugnungstendenz* dazu, Krankheitssymptome spät wahrzunehmen und/oder zu bagatellisieren. Möglicherweise fanden WOOD et al. (1987) aufgrund dieser Verleugnungstendenz keine nachweisbar positive Beziehung zwischen objektivem medizinischen Befund und subjektiver körperlicher Wahrnehmung.

Anders als Colitis-ulcerosa-Patienten, die sich im Erstinterview oft vorsichtig und zurückhaltend ausdrücken, verstecken Morbus-Crohn-Patienten ihre Unsicherheit eher hinter einer Flut von Mitteilungen. Sie sind emotional ähnlich eng an ihre Bezugspersonen gebunden und zeigen sich in Abhängigkeit von der Zuverlässigkeit und Unterstützung durch diese Vertrauenspersonen als mehr oder weniger ängstlich-depressiv oder emotional stabil. In Gegenwart unterstützender Partner gelingt es Morbus-Crohn-Patienten gut, Belastungen situationsbezogen zu kontrollieren, während Patienten ohne Partner eher dazu neigen, anderen die Schuld an Konflikten zu geben und Ersatzbefriedigung zu suchen (DETER et al., 1991). Die Ich-Schwäche (s. Kap. III.F) wird von zahlreichen Therapeuten gravierender eingeschätzt als bei Patienten mit Colitis ulcerosa.

Neuerkrankte und langfristig kranke Patienten unterscheiden sich in der Verwendung unterschiedlicher Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Krankheit. Die Bewältigungsstrategien sind bei Neuerkrankten, die handlungsorientierte Strategien bevorzugen, homogener. Bei längerer Krankheit ändert sich der Stellenwert dieser Strategien zugunsten einer breiteren Palette von sowohl aktiven als auch mehr passiven Bewältigungsmustern. Frauen geben häufiger «Religiosität und Sinnsuche» und «Ablenkung und Selbstaufbau» an, Männer mit langfristigem Verlauf entsprechen mit der Strategie «Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung» eher geschlechtsspezifischen Merkmalen. Bei Neuerkrankten greifen Frauen häufiger als Männer zu dieser Strategie im Umgang mit der Krankheit (NORMANN u. KORDY, 1991).

### 2.3.3 *Psychodynamische Modellvorstellungen zur Krankheitsgenese*

Für die Entstehung des Morbus Crohn werden ähnliche psychodynamische Konstellationen angenommen wie für die Entstehung der Colitis ulcerosa (vgl. Abschn. 1.3.2). Die Konflikte liegen im Bereich instabiler oder ungelöster aktueller oder biographischer Bindungen. Sie betreffen nach KÜCHENHOFF (1993) im wesentlichen drei Bereiche: Angst vor Verletzung eines internalisierten familiären Tabus, Angst vor Verlust einer versorgenden Instanz und Angst vor der Ausweglosigkeit einer «in-between»-Situation. Die Patienten scheitern an diesen Konfliktsituationen mit einem Gefühl von Ausweglosigkeit. Eigene und fremde Konfliktanteile können nicht realistisch gesehen werden und führen durch eine Orientierungskrise in die Krankheit. Wie bei den Colitis-ulcerosa-Patienten bestehen Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikte, die nach FREYBERGER und KÜNSEBECK (1992) bei einem Drittel der Morbus-Cohn-Patienten von Nähe-Distanz-Konflikten überlagert werden. Durch die Erkrankung ist es diesen Patienten möglich, sich den strengen Forderungen oder der bedrohlichen Nähe wichtiger Bezugspersonen zu entziehen. Sie gewinnen Freiräume, ohne daß sie sich aktiv abgrenzen müssen, was sie aufgrund ihrer emotionalen Abhängigkeit extrem ängstigen würde. Der Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt wird oft geleugnet. Wenn Patienten aus ihrer inneren Isolation herauskommen und mehr Nähe suchen und ertragen lernen, sollte dies als Anzeichen einer positiven Persönlichkeitsentwicklung gesehen werden. Durch die bewußte Wahrnehmung eigener Abhängigkeitswünsche haben die Patienten die Möglichkeit der Neuorientierung in ihren Beziehungen.

BIEBL et al. (1984) sind der Meinung, daß Morbus-Crohn-Patienten versuchen, zwei unvereinbare Bedingungen durch Leistung zu integrieren. So wollten sie einerseits enge symbiotische Bindungen, andererseits völlige Unabhängigkeit. Die Labilisierung dieses Systems erfolgt immer dann, wenn Konflikte entweder die Nähe zu engen Bezugspersonen (Abhängigkeitswünsche) oder das eigene

Unabhängigkeitsstreben bedrohen. Krankheitsauslösend im Sinne von kritischen Lebensereignissen können deshalb sowohl der Beginn einer wichtigen Beziehung – wie z. B. das Verlieben in einen neuen Partner oder die Geburt eines Kindes – als auch das Ende einer solchen Beziehung – wie z. B. bei Verlust oder Trennung von einer wichtigen Bezugsperson – sein. Wie bei den Patienten mit Colitis ulcerosa fehlt den Morbus-Crohn-Patienten die Fähigkeit, sich emotional von einer wichtigen Bezugsperson abzugrenzen und eigene Interessen, wenn nötig auch offen aggressiv, durchzusetzen.

### 2.3.4 *Kritische Lebensereignisse als Krankheitsauslöser*

Im Vorfeld der Erkrankung und der Erkrankungsschübe findet man vermehrt belastende Lebensereignisse. Die oft schleichende Krankheitsentwicklung macht eine sehr sorgfältige Erhebung der prämorbid Situation erforderlich. Einmalige Interviews reichen oft nicht aus, um dies zu erreichen. WHYBROW et al. (1968) fanden bei 64 Prozent ihrer Patienten einen Zusammenhang zwischen Belastungszeiträumen und Verschlechterung der Erkrankung. MC KEGNEY et al. (1970) finden bei 68 Prozent gut definierbare Lebenskrisen im Vorfeld von Erkrankungsschüben. Eigene Beobachtungen zeigten, daß Patienten auf Reisen, mit neuem Partner oder Ehepartner, oft erstmalig erkranken oder wiedererkranken, wobei in südlichen Ländern häufig gastrointestinale Infekte für die Durchfälle angeschuldigt werden, ohne daß vom Patienten selbst oder seiner Umwelt an Bindungs- und Trennungsprobleme als Auslöser gedacht wird.

SCHMITT (1985) beschreibt für 20 psychotherapeutisch mitbetreute Kinder die Probleme im Vorfeld der Erkrankung. Nur ein Kind war keinen außergewöhnlichen familiären Belastungen ausgesetzt.

Die Anpassungsprobleme an belastende Lebensereignisse stehen nach GAZZARD et al. (1978) in einer engen Beziehung zur Persönlichkeit des Patienten und sind weniger ab-

hängig von der Krankheitsaktivität oder der Ausdehnung des Darmbefalls.

### 2.3.5 Soziale Beziehungen

#### a) Ursprungsfamilie

Die Ursprungsfamilien von Morbus-Crohn-Patienten werden in der Literatur am häufigsten mit den Familien von Colitis-ulcerosa-Patienten verglichen (BALCK, 1989). Eigene unveröffentlichte Untersuchungen zeigen eine auffällig enge Beziehung zwischen einigen Patienten, ihren Eltern, Großeltern sowie anderen entfernteren Familienmitgliedern, welche die Ursprungsfamilie erweitern, wobei die Generationsgrenzen oft verwischt sind. Die engsten Bezugspersonen sind häufig nicht die Eltern, sondern Großeltern oder ältere Geschwister. PAULLEY (1974) beschreibt, daß Morbus-Crohn-Patienten leicht zwischen den unterschiedlichen Positionen der Eltern aufgerieben werden, was er als «in-between»-Situation bezeichnet. Die unklaren Familienkonstellationen in Morbus-Crohn-Familien lassen zahlreiche solcher «in-between»-Situationen zu.

Frühe Verluste eines Elternteils durch Tod, Scheidung oder Trennung vom Partner, teilweise schon vor der Geburt der Patienten, finden sich ähnlich häufig wie bei Patienten mit Colitis ulcerosa. Nach eigenen Untersuchungen fand die Scheidung der Eltern bei den Morbus-Crohn-Patienten im Vergleich zu den Colitis-ulcerosa-Patienten (14 %) in der Mehrheit vor Erreichen des sechsten Lebensjahres (79 %) statt. Die frühen Verluste tragen zu der großen emotionalen Verletzbarkeit und den Bindungs- und Trennungsschwierigkeiten dieser Patientengruppe bei (vgl. Abschnitt 1.3.4, a).

#### b) Partnerschaft und Sexualität

In der Partnerschaft suchen Morbus-Crohn-Patienten in erster Linie Sicherheit und Geborgenheit. Die Befriedigung sexueller Wünsche spielt bei ihnen selbst eine geringere Rolle. Im Vergleich zu einer chirurgischen Kontrollstichprobe geben sie häufiger Probleme beim Geschlechtsverkehr an und empfin-

den diesen seltener als angenehm. Sexuelle Unzufriedenheit wird von den Morbus-Crohn-Patienten dann als bedeutsam angegeben, wenn sie sich nach Ausbruch der Erkrankung in der Partnerschaft unglücklicher fühlen (PROBST et al., 1990). Kritisch anzumerken ist, daß eine Abnahme sexueller Wünsche auch für Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen berichtet wird.

#### c) Nichtfamiliäre Beziehungen

Die enge Beziehung der Patienten zu ihren Familien kontrastiert häufig mit einem im Vergleich zu Gesunden eingeschränkten nichtfamiliären, sozialen Netz. Viele Patienten wünschen sich einen besseren kommunikativen Zugang zu Gleichaltrigen, sind aber oft selbst ängstlich, ambivalent und uneindeutig in ihrem Verhalten. Partnerlose Morbus-Crohn-Patienten haben seltener ein Rendezvous als ungebundene Colitis-ulcerosa- und allgemein chirurgische Patienten (PROBST et al., 1990).

### 2.3.6 Berufliche Integration

Morbus-Crohn-Patienten haben im Mittel höhere Schulabschlüsse als Colitis-ulcerosa-Patienten (PAAR et al., 1988). Nach eigenen Beobachtungen treffen sie ihre Berufswahl oft fremdbestimmt und/oder unter emotionalen Sicherheitsgesichtspunkten. Durch die Erkrankung erfahren sie teilweise Rückschläge in Ausbildung und Beruf. Knapp ein Viertel der Morbus-Crohn-Patienten war in einer Studie von FEUERLE et al. (1983) teilzeitbeschäftigt, 10 Prozent bezogen Zeit- oder Frührente. Viele Patienten klagen über schnelle Erschöpfbarkeit. Vollzeittätigkeit ist oft nur unter erheblicher Einschränkung der Freizeitaktivitäten möglich. Nach PROBST et al. (1990) haben die Morbus-Crohn-Patienten eine höhere Arbeitslosigkeit (11,1 %) als Colitis-ulcerosa-Patienten (5,2 %) und Patienten einer chirurgischen Kontrollgruppe (4,8 %). Dies liegt nicht nur an der durchschnittlich geringeren Belastbarkeit der Morbus-Crohn-Patienten, sondern auch daran, daß sie aufgrund ihrer Dissimulationstendenz und Konflikt-

scheu zu Fehleinschätzungen des beruflichen Umfeldes beitragen. In einer britischen Studie stellen MAYBERRY et al. (1992) fest, daß Morbus-Crohn-Patienten sowohl in der Ausbildung als auch im Beruf aufgrund der Erkrankung diskriminiert werden, obwohl sie, bezogen auf die parallelisierte Kontrollgruppe, vergleichbare Abschlüsse erzielten und geringere Fehlzeiten am Arbeitsplatz hatten.

## 2.4 Prognose

Die Prognose des Morbus Crohn wird uneinheitlich beurteilt. Versicherungsrechtlich wird von einer 3,7-fach erhöhten Mortalität ausgegangen. Die Mortalität nimmt mit der Dauer der Erkrankung zu. Unter den Todesfällen, die auf die Erkrankung zurückzuführen sind, ist die Gruppe der unter 45 Jahre alten Patienten mit 25 Prozent vertreten. Prognostisch ungünstig sind ein ausgedehnter Darmbefall, schwere Komplikationen, Alter bei Ersterkrankung sowie primäre und sekundäre seelische Störungen (FEIEREIS, 1990b). OVERBECK (1992) fand in einer prospektiven Studie bei stärkerem Ileumbefall und höheren Werten für «Psychosomatische Gestörtheit» sowie niedrigeren Werten für «Maskulinität» im Freiburger-Persönlichkeits-Inventar einen ungünstigeren Krankheitsverlauf.

## 2.5 Therapie

### 2.5.1 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie richtet sich nach der Art der klinischen Symptome, der Lokalisation der Erkrankung im Darm und der Krankheitsaktivität. Zur Standardtherapie im akuten Schub zählen die Glukokortikoide und bei Kolonbefall die 4- und 5-Aminosalicylsäure-Präparate, lokal und/oder oral appliziert, sowie die Ernährungstherapie. Die 4- und 5-Aminosalicylsäure-Präparate werden auch zur Rückfallprophylaxe im symptomarmen Intervall gegeben. Bei einigen Patienten, die nicht positiv auf die Standardtherapie ansprechen, ist häufig Azathioprin hilfreich. Metronidazol wird bei Fisteln und anstelle von 5-Aminosalicylsäure eingesetzt, ist aber zeitlich begrenzt (in der Regel 4 Wochen) anwendbar. Begleitende Psychotherapie wird von einigen Gastroenterologen inzwischen mit zur Standardtherapie gezählt.

### 2.5.2 Psychotherapie

Wie bei der Colitis ulcerosa ist die Psychotherapie bei Morbus Crohn immer eine Ergänzung zur internistischen und chirurgischen Behandlung. Nicht jeder Patient braucht eine Psychotherapie, aber jeder Patient braucht seelische Unterstützung in Krankheitsphasen. PAULLEY (1974) hat wiederholt auf den positiven Effekt seelischer Unterstützung für den klinischen Verlauf hingewiesen. Bei komplizierten Verläufen, operativen Eingriffen, anhaltenden Konflikten und negativen sozialen Entwicklungen sollte immer ein Psychotherapeut hinzugezogen werden. Dies kann je nach lokaler Gegebenheit ein im Umgang mit diesen Patienten erfahrener ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut oder ein Psychiater mit psychotherapeutischer Ausbildung sein.

Die Wahl des therapeutischen Vorgehens ist bei Morbus-Crohn-Patienten besonders wichtig. Die Verletzlichkeit der Morbus-Crohn-Patienten kann mindestens so groß sein wie die der Colitis-ulcerosa-Patienten. Anders als bei diesen ist dagegen die Akzeptanz psychotherapeutischer Angebote bei Morbus-Crohn-Patienten geringer. Sie haben sehr viel mehr Mühe, feste Absprachen einzuhalten. Der Einstieg in ein therapeutisches Setting ist deshalb oft mühsam und erfordert mehr Sensibilität, Geduld und Entgegenkommen auf Seiten der Therapeuten, als diese in der Regel gewohnt sind.

#### a) Psychotherapie im akuten Schub

In der Klinik ist die Therapie der Wahl im akuten Schub die psychische Unterstützung und Führung des Patienten. Psychoanalytische Psychotherapie wird in der Regel als ambulante Mitbehandlung bei leichteren Verlaufsformen oder bei schwereren Verläufen im symptomarmen oder -freien Intervall erfolgreich angewandt.

Die integrierte psychosomatische Therapie, die von Beginn der stationären Behandlung an Psychotherapie umfaßt, gibt es nur selten. FEIEREIS (1990b) empfiehlt neben Kontaktgesprächen frühzeitig Autogenes Training und im Verlauf der Mobilisation weitere Körper-



therapiemethoden (Konzentrativer Bewegungstherapie, Tanztherapie) sowie den Einsatz kreativer Medien (Musiktherapie, Maltherapie) als weiteren Zugang zum seelischen Erleben der Patienten. Je nach Indikationsstellung werden Ängste und Konflikte, die im therapeutischen Prozeß auftauchen, im Einzel- und/oder Gruppengespräch behandelt.

Die konsequente begleitende Psychotherapie auf der internistischen Station und die sorgfältige Wahl der Therapiemethoden haben nach FEIEREIS (1990 b) neben der internistischen und chirurgischen Behandlung einen positiven Einfluß auf die Kurz- und Langzeitprognose des Morbus Crohn. In einer multizentrischen Studie des Bundesministeriums für Forschung und Technologie scheint sich dies nach vorläufigen Zwischenergebnissen nicht bestätigen zu lassen.

Ein Teil der erwachsenen Morbus-Crohn-Patienten steht einem Psychotherapieangebot auf der internistischen Station ablehnend gegenüber, während bei einer weiteren Gruppe der psychotherapeutische Kontakt ambivalent bleibt und zum Abbruch der Psychotherapie beim Wegfall der stationären Bedingungen führt. Nur die Hälfte der psychotherapeutisch mitbehandelten Patienten zeigt eine ähnlich positive Therapiemotivation wie die Patienten mit Colitis ulcerosa (FREYBERGER u. KÜNSEBECK, 1992). Die von den Autoren beschriebene Leere unmotivierter Patienten entspricht einer besonderen Form der Abwehr unerträglicher Gefühle von «verlassen und hoffnungslos sein». Als besonders schwierig wird die Behandlung von Patienten beschrieben, die stark untergewichtig sind und gleichzeitig wenig Krankheitseinsicht zeigen. Bei diesen Patienten findet man deutliche autoaggressive Züge. Hier ist es für alle behandelnden Teammitglieder wichtig zu erkennen, daß diese Patienten unter extremer innerer Anspannung stehen, die sie nicht alleine aushalten können.

FREYBERGER und KÜNSEBECK (1992) berichten über eine Abnahme der Angst- und Depressionssymptomatik bei Morbus-Crohn-Patienten, die während des stationären Aufenthalts stützende Psychotherapie erhielten, im Vergleich zu den Patienten, die nur diätetisch und medikamentös behandelt wurden.

Die Besserung der Angst und Depressionssymptomatik war im Gruppenvergleich auch noch in Einjahreskatamnesen nachweisbar. Die Patienten der Psychotherapiegruppe waren darüber hinaus im Jahr nach der Entlassung seltener in ambulanter und stationärer ärztlicher Behandlung.

Als wichtige Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Morbus Crohn empfiehlt SCHMITT (1985), den Eltern keine psychische Begründung für die begleitende Psychotherapie zu geben, um keine zusätzlichen Ängste und Schuldgefühle entstehen zu lassen. Die Gespräche sollten «die Ängste des Kindes und Sorgen der Eltern zum Inhalt haben». Die Psychotherapeuten sollten «viel Geduld und psychologische Zurückhaltung» zeigen, da erst nach langer vorsichtiger Behandlung intrafamiliäre Konflikte angesprochen werden können. Unter diesen Bedingungen akzeptierten 20 von 35 Eltern die Verlegung der an Morbus Crohn erkrankten Kinder auf die psychosomatische Abteilung.

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, bei denen familienbezogene Beziehungsmuster den Genesungsverlauf und eine Weiterentwicklung behindern, kann systemische Familientherapie prognostisch günstiger sein als eine Einzelpsychotherapie. Bei Morbus-Crohn-Familien muß häufiger als bei anderen Krankheitsbildern infolge der engen Verflechtung der Generationen eine Therapie in der Drei-Generationen-Gruppe durchgeführt werden (FREYBERGER u. KÜNSEBECK, 1992).

#### *b) Ambulante Beratung und Psychotherapie*

Prognose und Verlauf der Erkrankung hängen von einer konsequenten Nachbehandlung und regelmäßigen Kontrolluntersuchungen ab. Gerade die Verleugnungstendenz der Morbus-Crohn-Patienten verhindert oft die frühzeitige Behandlung von Rezidiven. FEIEREIS (1990 b) ist der Meinung, daß so mancher soziale Abstieg durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen verhindert werden könne. Er empfiehlt die ambulante Fortsetzung der Psychotherapie. Erst im Alltag zeigt sich wirklich, inwieweit Anspruch an die eigene Person und reale Möglichkeiten des Patienten auseinanderklaffen und welche Konflikte durch ungelöste Bindun-

gen an Eltern- oder Großelternfiguren entstehen. Morbus-Crohn-Patienten sind oft schneller erschöpfbar als ihre Altersgenossen. Dies ist nicht immer auf den körperlichen Zustand zurückzuführen. Depressivität wird oft als körperliches Erschöpfungssyndrom wahrgenommen. Umgekehrt bessert sich manche Depression mit der Verschlechterung der Darmerkrankung. Die Unterschiede werden oft erst im Verlauf der Psychotherapie deutlich. Auch ambulant ist die Psychotherapie immer eine Mitbehandlung, die in enger Kooperation mit den Hausärzten und den in Spezialambulanzen behandelnden Gastroenterologen und Chirurgen stattfinden muß.

Als weitere Hilfe gibt es heute bundesweit Selbsthilfegruppen (vgl. Kap. V.C.) für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, die eine wichtige Quelle der Information und Unterstützung für Betroffene und ihre Angehörigen sind. Auskünfte über lokale Kontaktstellen geben die Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung (ILCO) und die Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV e.V.), die ihre Mitglieder über Weiterentwicklungen in der Therapie, Versorgungsmöglichkeiten und Rechtsfragen in eigenen Zeitschriften informieren.

### 2.5.3 Operative Therapie

Bis zu 80 Prozent der Patienten müssen sich irgendwann im Verlauf der Erkrankung einer Operation unterziehen. Heute besteht weitgehend Übereinstimmung, daß operativ nur so wenig wie nötig vom Darm entfernt werden sollte, da eine Heilung durch die Operation nicht erreicht werden kann.

Operationsindikationen sind Stenosen, Perforationen, toxisches Megakolon, viszero-viszerale Fisteln mit und ohne Abszeßbildung und große Morbidität. Bei 50 Prozent der operierten Patienten tritt ein Rezidiv auf (GOEBELL et al., 1992). Nach RUTGEERTS et al. (1990) haben endoskopisch gefundene Läsionen im operativ neu gebildeten terminalen Ileumabschnitt während des ersten postoperativen Jahres die beste Vorhersagekraft für den postoperativen Verlauf. Die präoperative Krankheitsaktivität, die Operationsindikation und die Anzahl der Operationen sind weitere prognostische Faktoren.

Bei Befall des Enddarms mit Fistelbildung kann es zur Zerstörung des Schließmuskelapparates kommen, und die Anlage eines

künstlichen Darmausgangs kann notwendig werden. Dies ist für viele Patienten eine schwere seelische Belastung, da die Operation eine vorübergehende oder bleibende Inkontinenz bewirkt. Die behutsame Aufklärung der Patienten und ihrer nächsten Angehörigen ist von großer Wichtigkeit und sollte bei Bedarf zu mehreren Zeitpunkten erfolgen. Neuere Operationstechniken können durch Bildung künstlicher Darmreservoirs helfen, den Stuhlgang dennoch kontrollieren zu können.

Bezüglich der emotionalen Unterstützung und Information der Patienten durch Selbsthilfegruppenmitglieder vor und nach einer solchen Operation sei auf die Ausführungen zur Colitis ulcerosa verwiesen (vgl. Abschnitt 1.5.3).

Aber auch ohne Anlage eines künstlichen Darmausgangs kann die Notwendigkeit einer Operation für den Kranken als Schock erlebt werden, wenn ein Patient bis zuletzt nicht wahrhaben will, daß eine Operation unumgänglich ist. Hier spielt die schon mehrfach erwähnte Verleugnungstendenz eine wichtige Rolle. Bei der Vorbereitung des Patienten auf eine Operation sollte der Arzt deshalb immer prüfen, ob der Patient wirklich innerlich auf eine Operation eingestellt ist.

## Literatur

- ANDREWS H, BARCZAK P, ALLAN RN: Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 28, 1600–1604, 1987
- ARAPAKIS G, LYKETSOS CG, GEROLYMATOS K, RICHARDSON SC, LYKETSOS GC: Low dominance and high introversion in ulcerative colitis and irritable bowel syndrome. *Psychother Psychosom* 46, 171–176, 1986
- BALCK F: Strukturbeschreibung in Familien mittels Selbst und Fremdbeschreibung. In SPEIDEL H, STRAUSS B (Hrsg.) *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin*, S. 355, Springer, Berlin, Heidelberg 1989
- BIEBL W, PLATZ T, KINZL J, JUDMAIER G: Psychosomatische Untersuchung bei Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Prax Psychother Psychosom* 29, 184–190, 1984
- BOWLBY J: The making and breaking of affectional bonds I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *Brit J Psychiat* 130, 201–210, 1977

- BRUCE T: Emotional sequelae of chronic inflammatory bowel disease in children and adolescents. *Clinic Gastroenterol* 15, 89–104, 1986
- CROHN BB, GINZBURG L, OPPENHEIMER GD: Regional ileitis. A pathological and clinical entity. *J Am Med Ass* 99, 1323–1328, 1932
- DETER HC, MANZ R, BECKER M, GLADISCH R: Soziale Unterstützung in ihrer Beziehung zu körperlichen und seelischen Befunden bei Morbus Crohn-Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 37, 45–59, 1991
- DIRKS F: Die Epidemiologie des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa. *Verdauungskrankheiten* 9, 162–167, 1991
- ENGEL GL: Biologic and psychological features of the ulcerative colitis patient. *Gastroenterology* 40, 13–17, 1961
- ENGEL GL, SCHMALE AH Jr.: Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. In OVERBECK G, OVERBECK A (Hrsg.) *Seelischer Konflikt – körperliches Leiden*, S. 246, Rowohlt, Reinbek 1978
- FEDERSCHMIDT H, HUSE-KLEINSTOLL G, BOSSE B, COMER U, SUDECK M, VON KEREKJARTO M: Kann die Differenzierung einer Krankheitsentität in somatische Untergruppen bei der Suche nach «spezifischen» Persönlichkeitsmerkmalen hilfreich sein? Eine Darstellung am Beispiel des M. Crohn. In HAHN P, WERNER A, BERGMANN G, DRINKMANN A, EICH W, HAYDEN M, HERZOG W (Hrsg.) *Modell und Methode in der Psychosomatik*, S. 195, Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1994
- FEIEREIS H: Colitis ulcerosa. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONEKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIAK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 4. Aufl., S. 782, Urban & Schwarzenberg, München 1990 a
- FEIEREIS H: Morbus Crohn. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONEKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIAK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 4. Aufl., S. 798, Urban & Schwarzenberg, München 1990 b
- FEURLE GE, KELLER O, HASSELS K, JEDINSKY HJ: Soziale Auswirkungen des Morbus Crohn. *Dt Med Wschr* 108, 971–975, 1983
- FREYBERGER H, KÜNSEBECK H-W: Beziehungen zwischen Psyche und Magen-Darm-Trakt. In GOEBELL H (Hrsg.) *Gastroenterologie*. Teil A/B, S. 65, Urban & Schwarzenberg, München 1992
- GARRETT VD, BRANTLEY PJ, JONES GN, MCKNIGHT GT: The relation between daily stress and Crohn's disease. *J Behavior Med* 14, 87–95, 1991
- GAZZARD BG, PRIZE HL, LIBBY GW, DAWSON AM: The social toll of Crohn's disease. *Br Med J* 2, 1117–1119, 1978
- HERFARTH C, STERN J, SCHÜRMANN G: Prophylaktisches Operieren bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. *Dt Ärztebl* 90, 682–685
- GOEBELL H, KÖBEL CBM, ZEITZ M: Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. In GOEBELL H (Hrsg.) *Gastroenterologie*. Teil C/D, S. 631, Urban & Schwarzenberg, München, Wien 1992
- KARUSH A, DANIELS GE, FLOOD CF, O'CONNOR JF: *Psychotherapy in chronic ulcerative colitis*. Saunders, Philadelphia 1977
- KÖHLE K, GAUS E: Psychotherapie von Herzinfarktpatienten während der stationären und poststationären Behandlungsphase. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONEKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIAK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 4. Aufl., S. 697, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- KÜNSEBECK H-W, SITTARO N, ZEPF S: Interpersonelle Wahrnehmung und Anpassungstendenzen bei Patienten mit Colitis ulcerosa. *Z Klin Psych Psychother* 29, 255–262, 1981
- KÜCHENHOFF J: *Psychosomatik des Morbus Crohn*. Enke, Stuttgart 1993
- KUTTER P: Phantasie und Realität bei psychosomatischen Störungen. *Prax Psychother Psychosom* 33, 225–232, 1988
- LIEDTKE R, SCHEMMELE K, ZEPF S: Behandlungsmodalität der Colitis ulcerosa im symptomfreien Intervall. *Med Klinik* 67, 1666–76, 1972
- LIEDTKE R: *Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit*. Springer, Heidelberg 1987
- MARTY P, DE M'UZAN M: Das operative Denken («Pensée opératoire»). *Psyche* 32, 974–984, 1978
- MAYBERRY MK, PROBERT C, SRIVASTAVA E, RHODES J, MAYBERRY JF: Perceived discrimination in education and employment by people with Crohn's disease: A case control study of educational achievement and employment. *Gut* 33, 312–314, 1992
- McKEGNEY FP, GORDON RO, LEVINE SM: A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Psychosom Med* 32, 153–160, 1970
- MONSEN U, BERNELL O, JOHANNSSON C, HELLERS G: Prevalence of inflammatory bowel disease among relatives of patients with Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 26, 302–306, 1991
- MURRAY CD: Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *Amer J Med* 180, 239–248, 1930
- NEMIAH JC, SIFNEOS PE: Affect and fantasy of patients with psychosomatic disorders. In HILL OW (ed) *Modern trends in psychosomatic medicine*, S. 26, Butterworths, London 1970
- NORMANN D, KORDY H: Coping bei Morbus Crohn Patienten unter differentieller Perspektive: Ein Beitrag zur Spezifitätsdiskussion. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 11–21, 1991
- NORTH CS, CLOUSE RE, SPITZNAGEL EL, ALPERS D: The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: A review of findings and methods. *Am J Psychiatry* 147, 974–981, 1990

- OVERBECK G: Diskussion. In OVERBECK G (Hrsg.) Familien mit psychosomatisch kranken Kindern, S. 380, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1985
- OVERBECK A: Rezidiv auslösende Faktoren und dreijähriger Krankheitsverlauf bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Inauguraldissertation, Lübeck 1992
- PAAR G, BEZZENBERGER H, LORENZ-MEYER H: Über den Zusammenhang von psychosozialem Streß und Krankheitsaktivität bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. *Z Gastroenterol* 26, 648–657, 1988
- PAULLEY JW: Psychological management of Crohn's Disease. *Practitioner* 213, 59–64, 1974
- PROBST B, V. WIETERSHEIM J, WILKE E, FEIEREIS H: Soziale Integration von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 36, 258–275, 1990
- RUTGEERTS P, GEBOES K, VANTRAPPEN G, BEYLS J, KEREMANNS R, HIELE M: Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterol* 99, 956–963, 1990
- SCHMITT GM: Colitis ulcerosa und Morbus Crohn aus psychosomatischer Sicht. *Monatsschr Kinderheilkd* 133, 119–122, 1985
- TARTER RE, SWITALA J, CARRA J, EDWARDS KL: Inflammatory bowel disease: Psychiatric status of patients before and after disease onset. *Int J Psychiat Med* 17, 173–181, 1987
- WADSWORTH MEJ: A lifetime prospective study of human adaptation and health. In CULLEN J, SIEGRIST L (eds) Breakdown in human adaptation to stress. Vol. I Part 1: Psychological and sociological parameters for studies in human adaptation, S. 122, Martinus Nijhoff Publ. for the CEC, Boston/The Hague 1984
- WEINER H: Psychobiology and human disease. Elsevier, Amsterdam 1977
- WHYBROW PC, KANE FJ, LIPTON MA: Regional ileitis and psychiatric disorder. *Psychosom Med* 30, 209–221, 1968
- WIJSENBECK H, MAOZ B, NITZAN I, GILL R: Ulcerative colitis. *Psychiat Neurol Neurochir* 71, 409–420, 1968
- WIRSCHING M: Familientherapeutische Aspekte bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Zschr Psychosom Med* 30, 238–246, 1984
- WOOD B, WATKINS JB, BOYLE JT, NOGUEIRA J, SIMAND E, CARROLL L: Psychological functioning in children with Crohn's disease and ulcerative colitis: Implications for models of psychobiological interaction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26, 774–781, 1987
- ZEPF S, TSCHIRCH L: Zur empirischen Überprüfung der Alexithymie mit dem semantischen Differential. *Psychother Med Psychol* 37, 15–22, 1981

## C.4 Lebertransplantation

THOMAS KÜCHLER

### 1. Historische Entwicklung

Die erste erfolgreiche Lebertransplantation (im folgenden wird das international übliche Kürzel LTX verwandt) wurde bereits 1963 von STARZL durchgeführt. Heute stellt die LTX ein zwar aufwendiges, aber Routine-Therapieverfahren dar. Dies wurde durch Standardisierung der Operationstechniken erreicht sowie durch die Einführung des Immunsuppressivums Ciclosporin A im Jahre 1982. Die durchschnittliche Überlebensrate aller lebertransplantierten Patienten liegt derzeit weltweit bei etwa 65 Prozent (European Liver Transplantation Registry, Ergebnisse von 15 712 Transplantationen). Als kritisches Maß wird die Ein-Jahres-Überlebensrate angegeben, weil der Anteil derjenigen Patienten, die später versterben, derzeit weltweit lediglich bei 10 Prozent liegt; diese Überlebensrate variiert erheblich in Abhängigkeit von primärer Diagnose, Operationszeitpunkt und (Erfahrung des) Transplantationszentrum, in geringerem Maße in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Patienten.

1993 wurden im Bereich von Eurotransplant (der zentralen Koordinationsstelle für Organtransplantationen für Deutschland, Österreich und die Beneluxländer in Leiden/Holland) fast 800 LTX durchgeführt.

Anders als im Bereich der Nierentransplantation ist der tatsächliche Bedarf an LTX schwer abzuschätzen: Durch Erweiterung der Indikationsstellung ist der potentielle Bedarf

gestiegen, wobei gleichzeitig die tatsächlichen Transplantationskapazitäten (bestimmt im wesentlichen durch Organspenderaufkommen und Operations-/Intensivbetten-Kapazität) nicht im gleichen Maße zugenommen haben. Dies führt dann gleichzeitig dazu, daß sich die Wartezeiten verlängern und mehr Patienten auf der Warteliste versterben, weil es für den Ausfall der Leberfunktion keine Ersatz- bzw. Überbrückungsbehandlung gibt. In Anbetracht dieser Entwicklung rückt die Frage nach der (Begrenzung der) Indikationsstellung wieder zunehmend in den Mittelpunkt des klinischen Interesses.

### 2. Indikation und bestmöglicher Zeitpunkt zur Lebertransplantation

Die Indikation zur LTX stellt sich prinzipiell bei allen chronischen Lebererkrankungen, die zu einer Endstadiumzirrhose geführt haben. Zu diesem Endstadium können etwa 60 unterscheidbare Erkrankungen führen.

Eine detaillierte Übersicht geben KREMER et al. (1992). Die häufigsten zugrundeliegenden Erkrankungen sind: autoimmune Lebererkrankungen (primär biliäre Zirrhose – PBC, primär sklerosierende Cholangitis – PSC, chronisch autoimmune Hepatitis), Virushepatitis (chron. Virushepatitis B, C, NANB, Delta), Stoffwechselerkrankungen (z. B. Morbus Wilson, Alpha-1-Antitrypsinmangel) so-

wie die kryptogene und die äthyltoxische Zirrhose. Tumorerkrankungen wie Hepatozelluläre oder Cholangiozelluläre Karzinome stellen heute aufgrund der schlechten Langzeitergebnisse nur in Ausnahmefällen eine Indikation zur LTX dar. Bei Transplantationen im Kindesalter stellen Gallengangsatresien und angeborene metabolische Lebererkrankungen die häufigste Indikation dar.

Neben der Grunderkrankung der Leber stellt der Zeitpunkt der Indikationsstellung bzw. der Transplantation einen wesentlichen prognostischen Faktor dar. Es wird prinzipiell unterschieden zwischen elektiver, spät-elektiver und Notfall-Indikation, wobei elektiv bedeutet, daß der Patient in der Spätphase einer Leberzirrhose bei laborchemisch nachweisbarer Abnahme der Leberfunktion noch in relativ gutem körperlichen Allgemeinzustand ist (Überlebensprognose ohne LTX < 6–12 Monate). Spät-elektive Indikation impliziert manifeste Komplikationen der Grunderkrankung mit Ausbildung von Ascites, beginnender Muskeldystrophie und rezidivierender Dekompensation der Leberfunktion (Überlebensprognose ohne LTX < 3–6 Monate). Die Notfall-Indikation verweist auf ein akutes Leberversagen, welches z. B. bei Intoxikationen, fulminant verlaufenden Hepatitiden oder primärem Transplantatsversagen beobachtet wird. Entsprechend der genannten Begleitsymptomatik sind die Kurz- und Langzeitergebnisse der LTX bei elektiver Indikation deutlich besser als bei der Notfall-Indikation, so daß bis heute eine wesentliche Aufgabe der Transplantationszentren in der Aufklärung und Information der überweisenden Ärzte liegt mit dem Ziel, den Anteil spät-elektiver Operationen weiter zu verringern.

### 3. Transplantationsverlauf

Im Idealfall erfolgt die Vorstellung des Patienten bei elektiver Indikationsstellung im Transplantationszentrum lange vor der eigentlichen Transplantation, um den bestmöglichen Operationszeitpunkt unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufes zu gewährleisten. Der LTX-Kandidat kann

sich dadurch sowohl mit der Entscheidung zur Transplantation als auch mit dem Transplantationsteam langsam vertraut machen.

Ist die Entscheidung zur TX getroffen, werden umfangreiche diagnostische Untersuchungen und eventuell Behandlungen (z. B. Ausschluß einer Tumorerkrankung, Sanierung von möglichen Infektionsherden im Zahn- und HNO-Bereich) durchgeführt. Nach Abschluß dieser Maßnahmen wird der Kandidat Eurotransplant gemeldet und dort mit seinen wichtigsten persönlichen Daten registriert.

Die eigentliche Transplantation ist zwar langwierig (zwischen 5 und 18 Stunden), aber dank des mittlerweile standardisierten Ablaufes und des hochspezialisierten OP-Teams relativ komplikationslos. Schwieriger gestalten sich die direkt postoperativen Tage auf der Intensivstation, in denen es sich zeigen muß, ob das Transplantat die erforderliche Funktionsfähigkeit besitzt und der Patient ausreichende Reserven hatte, um die Belastungen des großen chirurgischen Eingriffes zu überstehen. Für den oder die unterstützenden Verwandten stellt das bei einigen Patienten auftretende Durchgangssyndrom (amnestisch, delirant und paranoide Syndrome) eine starke Irritation dar. Der Hinweis auf die vorübergehende Natur dieser Störung (1–3 Tage) ist meist hilfreich.

Angestrebt wird die frühestmögliche Verlegung des Patienten auf eine allgemeinchirurgische Station mit speziell ausgebildetem Pflegepersonal, um die psychisch belastende intensivmedizinische Behandlung so kurz wie möglich zu halten. Hier kommt der Patient zunächst in ein «halb-intensivmedizinisches» Einzelzimmer mit Kreislauf-Überwachungs- und Atmungsunterstützungsgeräten, in dem die infektionsprophylaktischen Maßnahmen für den Patienten (Mundschutz usw.) so lange fortgesetzt werden, bis die Immunsuppression stabil eingestellt ist. Hier kann der Patient wieder relativ normalen Kontakt zu Mitpatienten und Familienangehörigen, deren Unterstützung gerade in den ersten zwei bis drei kritischen postoperativen Wochen eine hohe Bedeutung zukommt, aufnehmen. Diese familiäre Unterstützung ist auch bei den in 40 bis 80 Prozent aller Fälle (Angaben der Zen-

tren variieren) auftretenden Abstoßungsreaktionen, deren Therapie – meist mit monoklonalen Antikörpern gegen T-Lymphozyten – körperlich und psychisch belastend ist, wichtig.

Die Anpassung an das Alltagsleben wird in einer hepatologisch orientierten Rehabilitationsklinik durch individuelle Betreuung und körperliches Training unter kurähnlichen Bedingungen merklich beschleunigt. Gleichzeitig ist durch eine enge Kooperation mit dem Transplantationsteam ein unmittelbares Reagieren auf Krisensituationen möglich, so daß sich der Patient relativ frei und doch medizinisch engmaschig kontrolliert bewegen kann.

Unbedingt erforderlich für die zeitlebens notwendige Überwachung des Patienten ist seine aktive Mitarbeit und Selbstbeobachtung. Nur so kann das Transplantationsteam in Zusammenarbeit mit dem nach Entlassung aus der Reha-Klinik verantwortlichen Hausarzt schnell und effektiv auf gesundheitliche Veränderungen reagieren.

#### 4. Psychotherapeutische Begleitung

Neben der somatischen spielt die psychologische Diagnostik und begleitende, supportive Therapie eine wichtige Rolle.

Die präoperative Diagnostik sollte zum Zeitpunkt der Erstvorstellung im TX-Zentrum beginnen. Im Erstinterview werden zunächst Fragen nach der Krankengeschichte unter dem Aspekt der bisherigen Krankheitsverarbeitung, des Erlebens der Mitteilung der Notwendigkeit einer LTX, der allgemeinen Informiertheit über Lebertransplantation und nach speziellen Informationsdefiziten gestellt. Weiterhin wird beurteilt, ob eine ausreichende emotionale Stabilität, ausreichende kognitive Funktionen und insbesondere ein ausreichendes Ausmaß an sozialer Unterstützung vorhanden sind. Dazu werden die Art der Abwehrmechanismen und – im Falle einer äthyltoxischen Genese – die Prognose der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit eingeschätzt, wobei zweites wohl die schwierigste Aufgabe der präoperativen Diagnostik ist.

Bei der Beurteilung der kognitiven Funktionen ist – nicht immer einfach – zu unterscheiden, ob es sich um vorbestehende oder sekundäre, durch die nachlassende Entgiftungsfunktion der Leber bedingte Einschränkungen handelt. Daher ist vor der endgültigen Beurteilung der Blutammoniakspiegel (norm. < 100 µg/ 100 ml) als ein Parameter einer beginnenden hepatischen Enzephalopathie heranzuziehen, um hier nicht zu falschen Schlüssen zu kommen. Es ist jedoch festzuhalten, daß die Pathogenese der zerebralen Funktionsstörung beim Versagen oder Ausfall der Stoffwechselfunktion der Leber komplex, multifaktoriell und noch weitgehend unbekannt ist (EISENBURG, 1992). Andererseits stellen vorbestehende Einschränkungen der kognitiven Funktionen, hier besser eingeschränkte Intelligenz genannt, nicht unbedingt ein Ausschlusskriterium dar. Eine solche Situation erfordert jedoch besondere Maßnahmen: Mit einem entwicklungsretardierten 20jährigen jungen Mann mit einem Intelligenzquotienten (HAWIE) von 90, der von seinen Sonderschullehrern fälschlicherweise als prädebil eingeschätzt worden war, wurde präoperativ ein verhaltenstherapeutisches Training im Hinblick auf seine spätere Medikamenten- und Therapiecompliance durchgeführt, deren Fehlen natürlich fatale Konsequenzen hätte. Die Transplantation verlief erfolgreich, derzeit, vier Jahre postoperativ, hat der Patient seinen Volksschulabschluß nachgeholt und eine weiterführende Ausbildung begonnen.

Wenn möglich wird nach dem Erstgespräch mit dem Patienten eine weiteres Gespräch mit seiner Familie vereinbart, um alle Betroffenen in gleicher Weise über den TX-Ablauf und insbesondere über zu erwartende psychische Vorgänge zu informieren. Im Hinblick auf Überlebenschancen und postoperative Komplikationen wird ebenfalls umfassend aufgeklärt. Der Patient und seine Angehörigen werden ermutigt, Kontakt mit anderen, bereits transplantierten Patienten aufzunehmen und sich insgesamt während der folgenden Wartezeit aktiv mit allen Aspekten der LTX auseinanderzusetzen. Für Rückfragen oder eventuell notwendige psychotherapeutische Gespräche in dieser Zeit erhalten die Patienten entsprechende Telefonnummern.

In der direkt postoperativen Betreuung steht zunächst die Wiederaufnahme des Kontaktes auf der Intensivstation im Vordergrund. Zeitliche und örtliche Orientierung sowie der Umgang mit den oben genannten Durchgangssyndromen bilden den Schwerpunkt. Auf der peripheren Station geht es

dann um emotionale Unterstützung beim schwierigen Prozeß der körperlichen Erholung vom Operationstrauma, um Stärkung der kämpferischen Haltung besonders im Fall von postoperativen Komplikationen, Virusinfekten oder Abstoßungsreaktionen, genauso aber auch um die Stützung der in dieser Zeit hochbelasteten Angehörigen. In der Regel in der zweiten postoperativen Woche beginnt, nachdem der körperliche Erholungsprozeß eingesetzt hat, die retrospektive Auseinandersetzung mit der Transplantation. In dieser Phase ist insbesondere die Unterstützung bei der emotionalen Annahme des neuen Organs zur Verhinderung «psychischer Abstoßungsreaktionen» wesentlicher Aspekt der psychologischen Betreuung: Die Auseinandersetzung mit dem unbekannten Spender beginnt meist mit einer Mischung aus Dankbarkeit und Schuldgefühlen. Hier sollten die generellen Prinzipien der Organ-spende noch einmal in aller Deutlichkeit und immer wieder herausgestellt werden, da trotz (oberflächlicher) kognitiver Einsicht Schuldgefühle im Sinne von: «jemand ist meiner wegen gestorben» persistieren können. Angestrebt wird die schrittweise Annahme des Fremdorgans als eigenes Organ. Diese aktive Auseinandersetzung mit dem neuen Organ wird bei LTX-Patienten im Vergleich zu Herztransplantierten eventuell dadurch erleichtert, daß die Leber weniger stark emotional besetzt ist (vgl. KÜNSEBECK, Kap. IV.A). In jedem Fall ist festzuhalten, daß sich diese Phase der Auseinandersetzung bis über die Entlassung aus der Akutklinik hinaus fortsetzt, einige Patienten noch Jahre nach der eigentlichen Transplantation beschäftigt.

Später, in der Zeit vor Entlassung in die Reha-Klinik, verändert sich meist der Themenschwerpunkt in Richtung Zukunftsorientierung. Berufliche und familiäre Reintegration, aber auch von den Patienten selbst als Persönlichkeitsveränderung erlebte Verhaltensänderungen, die durch die allgemeine Leistungssteigerung ebenso bedingt sind wie durch die oftmals erst sehr spät einsetzende Erkenntnis, «dem Tod noch einmal von der Schippe gesprungen» zu sein, bestimmen dann die (meist telefonischen) Kontakte während des ersten postoperativen Jahres.

In diesem Zusammenhang ist es erwähnenswert, daß bei etwa einem Fünftel unserer weiblichen Transplantationspatienten in diesem ersten postoperativen Jahr eine Eheberatung erfolgen mußte, weil sie sich mit ihrer neugewonnenen Leistungsfähigkeit und Lebensfreude nicht mehr mit den lange aufgrund ihres eingeschränkten körperlichen Befindens reduzierten Aktivitäten bzw. dem Zustand des Passiv-Umsorgtwerdens abfinden wollten. Die jeweiligen Ehemänner hatten wiederum zum Teil erhebliche Schwierigkeiten, diese Veränderungen bei ihren Frauen zu akzeptieren.

Nahezu alle erfolgreich transplantierten Patienten berichten, daß sich durch die Transplantation ihre Sicht auf das Leben verändert habe. Diese Veränderungen der Qualität des Lebens lassen sich kaum zusammenfassend beschreiben, vielleicht aber in den Worten eines 54jährigen Patienten charakterisieren: «Ich freue mich heute an jeder Blume, an jedem Vogel, an jedem Lebewesen. Dies ist eine Art von Erfahrung, die Gesunde vielleicht nie machen!» Indirekt läßt sich diese Aussage dadurch unterstreichen, daß mehr als die Hälfte unserer Patienten ähnlich wie andere Transplantierte derzeit zwei Geburtstage feiern, den normalen und den ihrer «Wiedergeburt», wie sie es nennen.

Zusammenfassend läßt sich in bezug auf die psychotherapeutische Betreuung von LTX-Patienten sagen, daß sie von den allermeisten Patienten als notwendige und hilfreiche Unterstützung angesehen wird. Diese Einschätzung bezieht sich auf den gesamten Transplantationsprozeß, also von Indikationsstellung bis hin zu Jahren nach Operation. Darüber hinaus trägt ein solches Betreuungsprogramm, wie es in Hamburg am UKE schon bei der Konzeption des LTX-Programmes 1982 einbezogen wurde, nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität post operationem bei, sondern tendenziell auch zur Verbesserung der Überlebensrate (HENNE-BRUNS et al., 1993). Diese Ergebnisse des Hamburger LTX-Programmes müssen allerdings von anderen Gruppen repliziert werden. Wichtig ist bei dieser Langzeitbegleitung, daß der (die) psychotherapeutischen Mitarbeiter fest ins Transplantationsteam integriert sind (statt lediglich konsiliarisch tätig zu sein), da sich die Betreuung in der Akutphase ebenso wie in den Jahren nach LTX wesentlich, wenn auch nicht ausschließlich am körperlichen Befinden der



betroffenen Patienten orientieren muß. Denn das Ziel einer integrierten somatopsychischen Behandlung von Lebertransplantationspatienten, Überleben und verbesserte Lebensqualität, läßt sich nur durch enge und konstante Kooperation aller Beteiligten erreichen.

## Literatur

- EISENBURG J: Coma hepaticum. In HORNBOSTEL H, KAUFMANN W, SIEGENTHALER W (Hrsg.) Innere Medizin in Praxis und Klinik, Band IV. Thieme, Stuttgart 1992
- HENNE-BRUNS D, KRAEMER-HANSEN H, KREMER B: Historische, rechtliche und ethische Aspekte der Organtransplantation. Z Transplantationsmedizin 5, 32–41, 1993
- KREMER B, HENNE-BRUNS D, KRAEMER-HANSEN H: Lebertransplantation. In HORNBOSTEL H, KAUFMANN W, SIEGENTHALER W (Hrsg.) Innere Medizin in Praxis und Klinik, Band IV. Thieme, Stuttgart 1992

## D. Eßstörungen

REINHARD LIEDTKE, WOLFGANG LEMPA, BURKARD JÄGER, HELLMUTH FREYBERGER

Nahrungsaufnahme ist ein vitales Grundbedürfnis aller Organismen. Die einzige Ausnahme sind die Viren, bei welchen jedoch nicht entschieden ist, ob sie nur sich vermehrende Makromoleküle oder bereits Lebewesen sind. Beim Menschen wird *Nahrungsaufnahme* von der Geburt an *biopsychosozial verschränkt*. Neugeborene schlafen und erwachen nur alle vier bis fünf Stunden. Werden sie dann genährt, schlafen sie rasch wieder ein. Nur Hunger scheint sie zu wecken; wären sie keine physiologische Frühgeburt und damit noch an der Nabelschnur, würden sie weiterhin durchschlafen. Durch die Ernährung verschränkt sich in den allerersten wachen Welterfahrungen der Hinzugeborenen Essen mit menschlicher Nähe und mit Befriedigung. Diese Verschränkung wird vielfältig sozial um- und ausgestaltet: Süßigkeiten als Geschenk und Belohnung, Alleinessen-Müssen als Bestrafung, Souper im Séparé als sexuelle Werbung, Arbeitessen, Friedensmahle, Totenmahle, Fasten als religiöse Buße und Läuterung. Der Kumpan oder Kumpel, companero oder companion oder compagnon, ist deswegen vertraut und nah, weil mit ihm Brot (*cum eo panis*) gegessen wurde und wird.

Die folgenden Abschnitte, welche die Eßstörungen *Anorexia nervosa*, *Bulimia nervosa* und *Adipositas* behandeln, werden auf diese verschiedenen biopsychosozialen Verschränkungen zurückkommen.

### 1. Anorexia nervosa

#### 1.1 Definition und Symptomatik

Die Anorexia nervosa ist durch einen selbst herbeigeführten erheblichen *Gewichtsverlust* charakterisiert. Im einzelnen gelten nach den Leitlinien der ICD-10 (DILLING et al., 1991) für die Diagnose folgende, im Wortlaut wiedergegebene Kriterien:

- A. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelets-Index ( $W/H^2$ ;  $W$  = Körpergewicht in kg;  $H$  = Körpergröße in Meter) von 17.5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
- B. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
  - Vermeidung von hochkalorischen Speisen;
  - und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
    - selbst induziertes Erbrechen;
    - selbst induziertes Abführen;
    - übertriebene körperliche Aktivitäten;
    - Gebrauch von Appetitzüglern
    - und/oder Diuretika.
- C. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
- D. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei ano-

rektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie zur Kontrazeption dar. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

E. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Anorexia nervosa beim männlichen Geschlecht ist eine seltene Erkrankung. Nach CRISP et al. (1977) kontrastiert der weitverbreitete Schlankheitswunsch der weiblichen Jugendlichen mit der bei Männern häufig anzutreffenden mangelnden Beachtung der eigenen Figur oder auch mit deren Wunsch, größer und stärker zu sein. Männer entwickeln nach ihren Erfahrungen nur im Zusammenhang mit einer massiven psychopathologischen Problematik (Störung der Geschlechtsidentität) und/oder bei ausgeprägter prämorbiditer Fettleibigkeit eine Magersucht. Wir beschränken uns in der weiteren Darstellung auf die Magersucht beim weiblichen Geschlecht und verweisen hinsichtlich der Besonderheiten der Störung bei Knaben bzw.

Männern auch auf die Arbeiten von BURZIG (1981) und FICHTER (1985).

Die diagnostischen Kriterien erlauben eine zuverlässige Diagnosestellung, lassen jedoch als Konsequenz dieses Objektivierungsversuches das konflikthafte Innenleben im Sinne eines verstehenden Zuganges in den Hintergrund treten. In hohem Maße kennzeichnend für die Patientinnen ist ein *fehlendes Krankheitsgefühl* mit fehlender Behandlungsbereitschaft für die Magerkeit (s. MEYER, 1988). Auch für die Praxis bedeutsam ist eine Unterscheidung in die Untergruppe der ausschließlich hungernden, *restriktiven (asketischen) Patientinnen* und in die *bulimische Untergruppe*, zu der die Patientinnen zählen, die nach dem «Essen» erbrechen bzw. Eßdurchbrüche haben und anschließend erbrechen. Die Patientinnen der bulimischen Untergruppe haben ein höheres Risiko für Stoffwechselkomplikationen infolge der oft aus dem Erbrechen resultierenden Hypokaliämie.

Die Störung des Eßverhaltens und die Angst vor einer Gewichtszunahme sind in der Regel um so ausgeprägter, je niedriger das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße ist. Bei manifester Krankheit haben die Patientinnen meist ein Gewicht zwischen 35 und 45 kg, jedoch gibt es auch auf unter 30 kg abgemagerte Patientinnen. Die Abbildung 1 ver-

## GRENZWERTE NACH BODY-MASS-INDEX

### Anorexie und Normalbereich

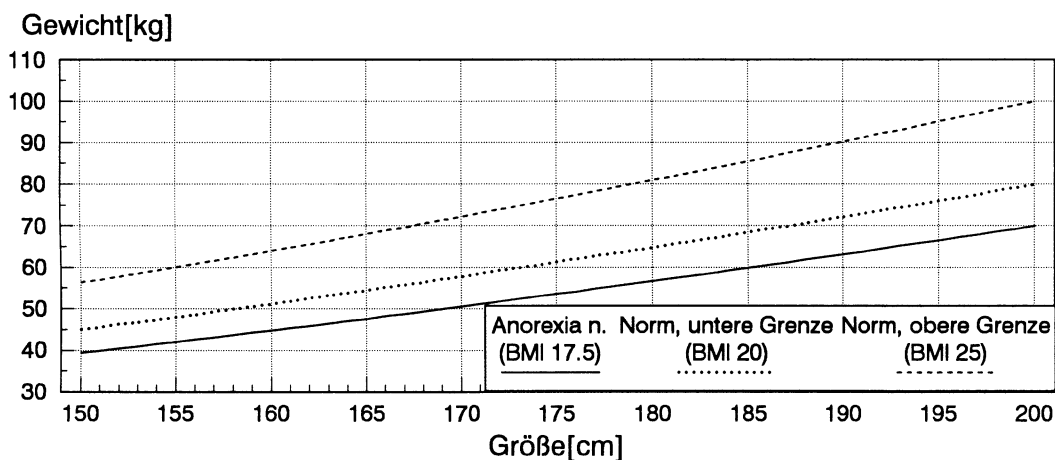


Abbildung 1: Kritische Gewichtsgrenze für Anorexia nervosa berechnet nach dem Quetelets-Index = Body-Mass-Index (BMI).

deutlicht anhand des Quetelets-Index (vgl. ICD-10-Kriterien, Punkt 1) die Gewichtsgrenze für Anorexie-Patientinnen.

## 1.2 Epidemiologie

Die Untersuchung von Inzidenz und Prävalenz und deren Veränderungen über längere Zeiträume erweist sich für die Anorexie als sehr schwierig, da für verlässliche Daten sehr große und repräsentative Stichproben notwendig sind und es sich um eine vergleichsweise seltene Krankheit handelt. Erschwerend kommt hinzu, daß bisher keine international akzeptierten diagnostischen Kriterien existierten. Dennoch lassen sich aufgrund der vorliegenden Untersuchungen eine Reihe als gesichert anzusehender Befunde bzw. bedeutsamer Faktoren formulieren (s. FICHTER, 1985; GARNER u. GARFINKEL, 1980; KÖHLE u. SIMONS, 1990; WILLI et al., 1989).

- *Geschlecht*: 90 bis 95 Prozent der Betroffenen sind weiblichen Geschlechts.
- *Alter*: Die meisten Patienten erkrankten zwischen dem 14. und 20. Lebensjahr; der Erkrankungsgipfel liegt bei 17 bis 18 Jahren.
- *Inzidenz*: Derzeit ist von etwa ein bis drei Neuerkrankungen pro Jahr auf 100 000 Menschen auszugehen; bei der Risikogruppe der 14 bis 24jährigen Frauen kann von 10 bis 100 Neuerkrankungen pro Jahr auf 100 000 dieser Frauen ausgegangen werden.
- *Prävalenz*: grob geschätzt bei etwa 1 Prozent der Frauen und 0,1 Prozent der Männer in der Adoleszenz.
- *Risikogruppen*: Bei bestimmten Berufsgruppen wie Ballettschülerinnen oder Fotomodellen werden Prävalenzzahlen bis über 10 Prozent berichtet, wobei selbstverständlich zu unterscheiden ist zwischen pathologischem Magerkeitsmotiv und berufsbedingter Anpassung.
- *Häufigkeitsentwicklung*: In Fachkreisen wird eine Zunahme der Inzidenz in den letzten Jahrzehnten angenommen. Ob die Störung gegenwärtig weiter zunimmt, ist fraglich.
- *Soziale Schicht*: In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen wurde darauf hinge-

wiesen, daß die Anorexie-Patientinnen aus höheren sozialen Schichten kommen, besonders intelligent seien und gute Schulleistungen aufweisen. Es mehren sich aber Hinweise, daß zunehmend Frauen aus unteren sozialen Schichten an Anorexie erkranken. So zeigten z.B. WILLI et al. (1989), daß die im Zeitraum von 1983 bis 1985 untersuchten Anorexie-Patientinnen sich bezüglich Schulbildung nicht mehr von der Gesamtbevölkerung unterschieden.

- *Ethnische und kulturelle Faktoren*: In der chinesischen Bevölkerung in Hongkong kommt die Anorexie kaum vor. Sehr selten tritt sie in Malaysia und dort überwiegend in den aus China und Indien stammenden Bevölkerungskreisen auf, aber so gut wie nicht bei den Malayen, die 50 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Ferner konnte FICHTER (1985) zeigen, daß die Prävalenzrate für Magersucht für Griechinnen in München signifikant höher war als für Griechinnen in zwei griechischen Städten.

## 1.3 Pathogenese

Bei den in diesem Arbeitsbereich tätigen Forschern bzw. Arbeitsgruppen besteht Übereinstimmung darin, daß nur ein multidimensionaler Ansatz, der biologische, soziokulturelle, psychologische und familiäre Faktoren sowie deren Wechselwirkungen berücksichtigt, ein angemessenes Erklärungsmodell der Anorexia nervosa bieten kann (FICHTER, 1985; ENGEL u. MEYER, 1991). In Anlehnung an FICHTER (1985) sowie VANDEREYCKEN und MEERMANN (1984) enthält die Abbildung 2 einen entsprechenden Realisierungsversuch. Ausgangspunkt sind die *prädisponierenden Faktoren*, die oft schon lange vor der Krankheitsentstehung wirksam sind und mitbestimmen, welche Krankheit sich schließlich manifestiert. Gerade in der Adoleszenz wird das komplexe Zusammenspiel von *biologischen Faktoren* (genetische Disposition, sexuelle Reifung und Menarche), *individuellen Faktoren* (Störung der Triebentwicklung und/oder narzißtische Störung), *familiendynamischen Faktoren* (Verstrickung, Überfürsorglichkeit, hohe Leistungserwartungen) und *soziokultu-*

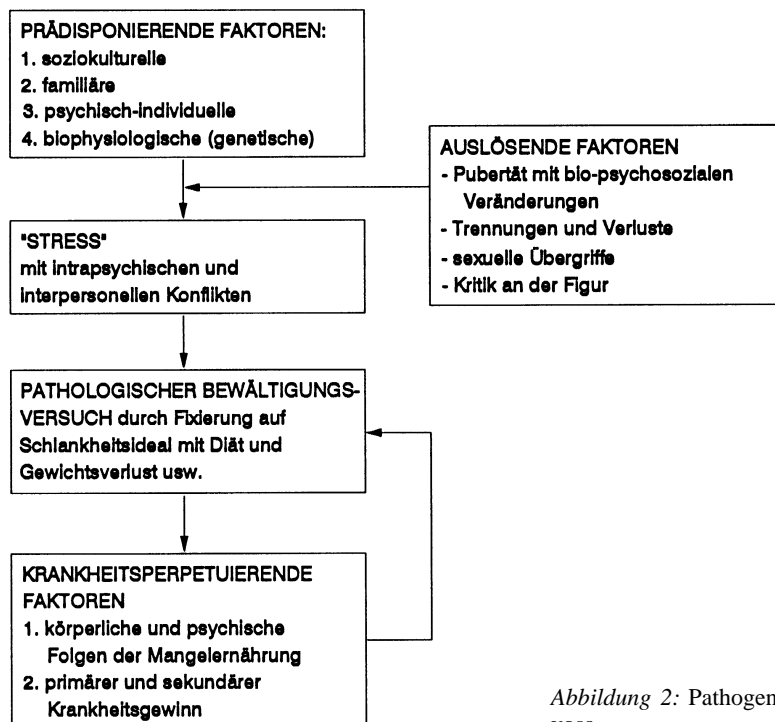


Abbildung 2: Pathogenesemodell der Anorexia nervosa.

rellen Faktoren (Schlankheitsideal) sowie den spezifischen Anforderungen dieser Lebensphase (hinsichtlich Autonomie, Selbstkontrolle, Identitätsbildung und Integration der Sexualität in zwischenmenschliche Beziehungen) deutlich. Die Konstellation und auch Wirkung der prädisponierenden Faktoren ist individuumspezifisch.

Treten bei gegebener Disposition *auslösende Ereignisse* ein wie Trennungen oder Verlusterlebnisse, sexuelle Übergriffe und/oder die besonders bei Frauen mit der Pubertät verbundenen körperlichen Veränderungen und eben erwähnten psychischen Anforderungen der Adoleszenz, dann kommt es zu seelischen Konflikten und entsprechenden *Bewältigungsversuchen* (coping). Dabei können Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Verschiebung usw. von Ängsten und anderen Gefühlen entlasten. Abwehr als Schutzmaßnahme des Ich wird jedoch dysfunktional, wenn sie die mögliche bewußte Auseinandersetzung mit konflikthaftern Themen anhaltend verhindert. Von dem Verlust des Freundes beispielsweise kann sich die Patientin zwar durch

die ausschließliche Beschäftigung mit der Gewichtsabnahme und die Erfolge beim Fasten ablenken und das angeschlagene Selbstwertgefühl vorübergehend stabilisieren. Derartige Bewältigungsversuche stellen aber keine längerfristig angemessene psychische Verarbeitung dar und führen weiter in die Krankheit hinein.

Nun kommen Faktoren zur Wirkung, die zur *Perpetuierung der Krankheit* beitragen. Dabei ist an erster Stelle das durch Fasten herbeigeführte «Starvationssyndrom» (s. u.) zu nennen, das wesentliche Auswirkungen auf das endokrine System und die psychische Befindlichkeit hat, die zu einer Aufrechterhaltung und sogar Verstärkung der Krankheit führen. Ferner ist neben dem primären Krankheitsgewinn im Sinne einer Entschärfung intrapsychischer Konflikte mit Angstreduktion der sekundäre Krankheitsgewinn anzuführen, der durch die Reaktion der Umwelt auf die Krankheit entsteht (z. B. Fürsorge) und der Erkrankten Entlastungen und Vorteile bringt, die auch einer Gesundung entgegenstehen können. Bei der nun folgenden detaillierteren

Darstellung einzelner aus dem gesamten Kontext herausgenommener Bedingungsfaktoren sollten das Gesamtbild und die komplexe Verschränkung nicht aus den Augen verloren werden.

#### 1.4 Soziokulturelle Faktoren

Die Bedeutung soziokultureller Werthaltungen und Ideale für die Genese der Anorexie ist unbestritten. Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen, daß in den letzten Jahrzehnten besonders für Frauen ein *Körperideal extremer Schlankheit* immer maßgebender wurde (FICHTER, 1985). Diese Entwicklung spiegelt sich in der Nahrungsaufnahme junger Frauen wider. WESTENHÖFER und PUDEL (1989) berichten über eine Studie zum Ernährungsverhalten, nach der 13- bis 18jährige Mädchen – wie eine Erhebung der Ernährung in 2900 repräsentativ ausgewählten deutschen Familien ergab – im Durchschnitt täglich 140 Kalorien weniger zu sich nehmen als Mädchen zwischen 10 und 13 Jahren, während Jungen in der Altersgruppe von 13 bis 18 Jahren ihre tägliche durchschnittliche Kalorienaufnahme um 180 gegenüber der Altersgruppe von 10 bis 13 Jahren erhöhen. Dieses kollektive Diätverhalten der jungen Frauen wirkt sich auch auf das Körpergewicht aus. Betrug der Anteil untergewichtiger junger Frauen in den Jahren 1978/79 noch 10 Prozent, so wuchs er auf 17 Prozent im Jahre 1983.

In westlichen, hochindustrialisierten Demokratien hat sich in den letzten Jahrzehnten das Gleichheits-Brüderlichkeitsideal zum *Androgynie-Ideal* weiterentwickelt (Gleichstellung der Frau, Uni-Sex, vgl. SPEIDEL, 1989), welches den Frauen größere Anpassungsleistungen abfordert. Dem Verständnis der Anorexie als geschlechtsspezifische Störung muß durch Überlegungen Rechnung getragen werden, welche die besondere Rolle der Frau in der westlichen Industriegesellschaft bzw. die besonderen Konflikte und Belastungen von Mädchen in der Pubertät thematisieren. Das erwähnte androgyne Ideal hat Auswirkungen auf die kulturspezifischen Erwartungen an Frauen: Stellenwert von Berufstätigkeit, Sozialstatus, Sexualität, Schlankheitsideal usw. Im Gegensatz dazu gibt es aber theoretische Ansätze, welche die psychogenen Eßstörungen mit dem Patriarchat in Verbindung bringen (vgl. GARNER, 1991). Festzuhalten bleibt jedoch, daß

das von den Anorexie-Patientinnen angestrebte Gewicht nicht dem soziokulturell vorgegebenen Traum- oder Wunschgewicht entspricht, sondern eine skelettartige Abmagerung darstellt, die keine soziale Anerkennung findet (s. MEYER, 1988).

#### 1.5 Biophysiologische Faktoren

Zur Erfassung der Bedeutung der *genetischen Komponente* bei der Krankheitsentstehung wurden Zwillingspaare mit Erkrankung eines oder beider Zwillinge an Anorexie untersucht. SCHEPANK (1991) folgert aus seiner eigenen Zwillingsuntersuchung und den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen, die eine Konkordanzrate bei eineiigen Paaren von etwa 50 Prozent und bei zweieiigen Paaren von etwa 3 bis 9 Prozent ergeben, daß diese Diskrepanz für eine starke genetische Komponente spricht. Problematisch bleibt, worauf auch FICHTER (1985) hinweist, daß Befunde zur Erkrankung bei getrennt aufgewachsenen eineiigen Zwillingen fehlen, was die Aussagekraft der vorgelegten Ergebnisse deutlich abschwächt. Die höhere Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen könnte nicht nur durch genetische Faktoren bedingt, sondern auch Folge der besonderen Identifikations-, Identitäts- und Abgrenzungsprobleme dieser Menschen sein.

Ferner wurden zur Bestimmung der Bedeutung biophysiologischer Faktoren bei der Krankheitsentstehung Vergleiche physiologischer Parameter zwischen Patientinnen mit Anorexie und gesunden Probanden unter Fastenbedingungen durchgeführt, um bei den Anorexie-Patientinnen das «Krankheitsspezifische» von den unspezifischen Folgen des Fastens und der Mangelernährung trennen zu können. FICHTER (1985) konstatiert, daß nach heutigem Forschungsstand keine primäre (hirn-)organische Veränderung bekannt ist, welche als Ursache der Anorexie gelten kann. Des weiteren sprechen seine eigenen Forschungsergebnisse dafür, daß die Vielzahl gefundener pathophysiologischer Veränderungen und die Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse bei Anorexie keine Spezifität für die Erkrankung haben und im wesentlichen die Folge der

Einschränkung der Nahrungszufuhr und Gewichtsabnahme sind, da gesunde Probanden bei Fasten und Gewichtsabnahme dieselben endokrinen Befunde aufweisen. Die bei Anorexia nervosa-Patientinnen gefundenen pathophysiologischen Veränderungen haben aber eine große Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Krankheit. Bei starker Gewichtsabnahme entwickelt sich eine ausgeprägte körperliche Eigendynamik (*Starvationssyndrom*). Es erfolgt eine biophysiological Anpassung des Körpers an die Mangelernährung wie verringerter Stoffwechsel, Senkung der Körpertemperatur und des Herzschlages, was insgesamt dazu beiträgt, daß die Patienten den Zustand der Mangelernährung weiter aufrechterhalten können (s. a. LAESSLE et al., 1991).

## 1.6 Psychodynamik

Auch wenn viele Anorexie-Patientinnen erklären, der Beginn der Erkrankung sei eigentlich nur durch den Wunsch bestimmt gewesen, durch eine Diät schlanker zu werden, obwohl oft kein höheres Übergewicht bestand, lassen sich schon im psychodynamischen Erstgespräch intrapsychische und interpersonelle Konflikte eruieren. Das auf den ersten Blick schockierend, bizarr und unverständlich wirkende Verhalten der Patientinnen, wie die Nahrungsverweigerung, Krankheitsverleugnung und Angst vor Gewichtszunahme bei fast skelettartig abgemagertem Körper, läßt sich psychoanalytisch als verzweifelter Versuch, die inneren Konflikte zu lösen, verstehen. Nach BRUCH (1980) beginnt die Erkrankung damit, daß das Kind nur passiv am Leben teilnimmt, indem es sich in hohem Maße an den elterlichen Erwartungen orientiert, sich immer einfügt, ohne aktive Schritte zur Entwicklung innerer Autonomie zu unternehmen. Mit Herannahen der Adoleszenz erwarten die Eltern mehr positive Selbstbehauptung; das Kind muß einsehen, daß die Einstellung des Sichfügens nicht mehr angemessen ist. Durch den einsetzenden Gewichtsverlust werden die Eltern jedoch aus der fordernden in die beschützende Rolle gegenüber dem Kind gedrängt, das er-

lebt, daß es über Macht verfügt. Mit Fortdauer der Erkrankung und zunehmendem Gewichtsverlust wächst die Überzeugung der Magersüchtigen, anders als andere und somit etwas Besonderes zu sein. Der Hunger und der Zustand der Unterernährung werden verleugnet und fehlgedeutet. Das Dünnsein verhilft ihnen dazu, wertvoll, bedeutsam oder außergewöhnlich zu sein. Jede Magersüchtige, so BRUCH (1980) in ihrem Buch über das Rätsel der Magersucht, hat ihr eigenes Wort zur Bezeichnung des von ihr *angestrebten Zustandes der Überlegenheit*. Am Ende kann sich das Gefühl einstellen, mit gewöhnlichen Leuten nichts mehr gemeinsam zu haben und nicht mehr kommunizieren zu können. Die wachsende Isolierung trägt entscheidend zu der langfristig tragischen Entwicklung bei.

Zahlreiche Vorschläge für die Bildung von *Untergruppen* der Anorexia nervosa wurden eingebracht; in der Einleitung wurde bereits auf die Unterscheidung in restriktive und bulimische Patientinnen hingewiesen. ENGEL und MEYER (1991) gelangen theoriegeleitet deduktiv und empirisch-induktiv zu folgenden Untergruppen der Anorexia nervosa: oral-philobatische, oral-triebhaft, oral-depressive, anale und (anti-)genitale Konfiguration.

1. *Oral-philobatische Konfiguration*: Die Patientinnen dieses Typs meiden allgemein Nähe, insbesondere dort, wo sie mit Essen verbunden ist. Ablehnung und Distanzierung drücken sich in Fasten und Erbrechen aus.
2. *Oral-triebhaft Konfiguration*: Die unkontrollierten oralen Triebdurchbrüche äußern sich in häufigen Bulimieattacken, meist mit anschließendem Erbrechen. Es besteht eine Suchtproblematik mit Alkohol- und Drogenexzessen. Meist wurden Episoden mit Übergewicht durchgemacht, und häufig liegt ein vergleichsweise höheres Minimalgewicht vor.
3. *Oral-depressive Konfiguration*: Gefühle des Unwertes, des Schuldigseins und des Abgelehntwerdens stehen im Vordergrund. Dem Fasten kommt die Bedeutung des Büßens, Sich-Läuterns, der einzig wertvollen Leistung zu.
4. *Anale Konfiguration*: Um Selbstbeherrschung, Selbstkasteiung und Reinigung

geht es bei dieser Untergruppe. Der Geist nimmt den schmutzigen Leib in Zucht. Fasten dient dazu, sich über Völlerei, Schlemmerei und Verwahrlosung zu erheben und den Leib zu kasteien.

5. *(Anti-)Genitale Konfiguration:* Die Patientinnen lehnen die weibliche Geschlechtsrolle mit all ihren Konsequenzen (z. B. Monatsblutung) und äußeren Erscheinungen (Kleidung) ab. Weder ein Partner noch Kinder werden gewünscht; Geliebte zu sein ist ihnen zuwider. Jede Aufnahme und jedes Eindringen in den Körper, d. h. Essen und genitale Sexualität werden zurückgewiesen.

Ausgehend von diesen psychodynamisch unterschiedlichen Wurzeln sind in der Therapie auch unterschiedliche Problembereiche zu bearbeiten.

### 1.7 Familiendynamik

In den Herkunftsfamilien der Patientinnen mit Anorexie werden oft *Abhängigkeitsverklammerungen* im Sinne der «gebundenen Familie» beobachtet, in welche die Großeltern-, Eltern- und Kindergeneration als Drei-Generationen-Konstellation einbezogen sind (WEBER u. STIERLIN, 1989). Die Verklammerung umfaßt vor allem die überfürsorgliche Erziehung und Betreuung der (jeweiligen) Kindergeneration, die dadurch emotional an ihre (Groß-)Eltern – insbesondere die (Groß-)Mutter – gebunden bleiben, und zwar häufig auch dann noch, wenn diese (früheren) Kinder später selbst neue Familien gründen. Der enge Verbund basiert auf der übereinstimmenden Vorstellung der Familienmitglieder, daß Lebenszufriedenheit und emotionale Sicherheit nur innerhalb des Familiensystems zu finden sind, weil generell die Umwelt als verunsichernd und feindlich getönt wahrgenommen wird, was die Abschottungen gegenüber draußen notwendig macht. Dementsprechend sind typische Anorexie-Familien in der Regel auch bestrebt, tiefgreifende, eigentlich notwendige Veränderungen ihres familiären Gefüges zu vermeiden und das Austragen von offenkundig existenten, erheblichen Konflikten durch

starke Harmonisierungstendenzen zu verhindern.

Diese Kombination von *Harmonierungs- und Konfliktverniedlichungstendenz* wird in Frage gestellt, wenn im Zuge der Verselbständigung der Wegzug eines erwachsen werdenden Kindes und damit ein innerfamiliärer Objektverlust droht. Jetzt spürt die Familie, daß nicht nur das Kind mit seinem hohen Potential an Abhängigkeitswünschen auf ein Leben draußen kaum vorbereitet ist, sondern ebenso wenig die Eltern auf ein Leben zu zweit oder allein ausgerichtet sind. Entscheidet sich das Kind in seinem Ambivalenzkonflikt zwischen «Weggehen» und «Zu-Hause-Bleiben» für die zweite Alternative, ohne den Konflikt wirklich gelöst zu haben, kann als Ausdruck dieser ungenügenden Lösung die Anorexie zutage treten. Die Symptomanifestation korrespondiert weitgehend mit dem dringlichen Bedürfnis der Eltern, fortdauernd einen Dritten verfügbar zu haben, z. B. die zu Hause infolge ihrer Magersuchterkrankung festgebundene Tochter, um dadurch kompensatorisch ihre Beziehung zu festigen.

Die das System Familie *stabilisierende Relevanz des Symptoms* läßt sich im einzelnen folgendermaßen beschreiben: Einesteils ist die Patientin infolge der Essensverweigerung imstande, ihre ursprüngliche Vorstellung bzw. Illusion einer Autonomie und Selbstkontrolle aufrecht zu erhalten. Die typischen sogenannten «Essenskräche» innerhalb der Familie signalisieren einen Machtkampf und führen auf seiten der Eltern immer wieder zu Entmachtungsgefühlen. Anderenteils umfaßt aber die Eßstörung der Patientin mit den sichtbar werdenden körperlichen Folgen auch das erneute In-die-Pflicht-Genommenwerden der sich nunmehr stark sorgenden Eltern, wodurch nicht nur die Abhängigkeitswünsche der Patientin eine Befriedigung erfahren, sondern auch das Elternbedürfnis nach Präsenz einer Drittperson gratifiziert wird. Die wegen des Wegzuges eines erwachsen gewordenen Kindes eigentlich unumgängliche innerfamiliäre Umstrukturierung ist nicht erforderlich. Das jetzt kranke Kind kann aufgrund der psychophysischen Immobilität nicht aus der elterlichen Sorge entlassen werden, und es hat gleichzeitig – nach Art einer Solidaritätsfunk-



tion bzw. «Opferrolle» – die Regelung der elterlichen Beziehung mit zu übernehmen, die folglich keiner Neudefinition bedarf. Die wechselseitigen Fürsorge-Verhaltensmuster der gesamten Familie verstärken sich, und die Abhängigkeitsverklammerungen im Sinne der Drei-Generationen-Konstellation bleiben unvermindert bestehen. Vordergründig wirkt die Familie stabilisiert; innerfamiliäre, auch der elterlichen Ehe entstammende Konfliktspannungen können auf die «Essenkräche» verschoben und kathartisch abgeführt werden. Damit umfaßt in systemisch-familienbezogener Sicht das Symptom der Anorexia eine zweckmäßige Anpassungsleistung.

### 1.8 Therapie und Prognose

Die Psychotherapieforschung steht derzeit in einem den wissenschaftlichen Fortschritt fördernden Spannungsfeld zwischen komplexer klinischer Erfahrung (mit oft nur begrenzter empirischer Objektivierung) und empirischen Forschungsergebnissen (mit oft nur begrenzter Abbildung der klinischen Realsituation), dessen Überbrückung beide Seiten zunehmend anstreben. Angesichts des gegenwärtigen Forschungsstandes lassen sich differenziertere Aussagen über Psychotherapieeffekte nur mit Vorsicht treffen.

Diese allgemeine Feststellung gilt auch für die Anorexia nervosa. Die meisten Studien weisen methodische Mängel auf (s. DETER, 1992; FICHTER, 1985; STEINHAUSEN, 1991) bzw. untersuchten nicht vergleichbare Patientenstichproben. Unstrittig ist dennoch, daß sowohl klinische Erfahrung als auch empirische Forschung für die *Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen* bei der Anorexie sprechen. KÖHLE und SIMONS (1990) stellen 19 katamnestische Untersuchungen mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen zusammen, die zeigen, daß bei den untersuchten 522 Patienten sich ein Anteil von etwa 80 Prozent geheilter bzw. gebesserter Patientinnen ergibt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt STEINHAUSEN (1991), der 67 Katamnesen analysiert und eine Heilung bei etwa 50 Prozent, Besserung bei 30 Prozent und eine Chronifizierung bei 20 Prozent der Patientinnen vermerkt. Angesichts der Tatsache, daß Patienten mit Anorexie ohne Behandlung nur zu etwa 33 Prozent eine deutliche Besserung zeigen (s.

KÖHLE u. SIMONS, 1990), sind dies beachtliche Behandlungsergebnisse.

Empirisch noch nicht beantwortet werden kann die Frage nach der unterschiedlichen Effektivität verschiedener Therapieansätze, so daß – angesichts der Vielzahl von Behandlungskonzepten – alle Aussagen bezüglich der «Richtigkeit» eines Vorgehens «für alle Patienten» mit Skepsis betrachtet werden dürfen. Andererseits sind nicht alle Behandlungskonzepte bzw. Behandler bzw. Institutionen gleichwertig. In der Regel läßt sich feststellen, daß Therapeuten, Teams bzw. Institutionen gute therapeutische Arbeit leisten, die sich schwerpunktmäßig mit der Anorexie – oft über Jahrzehnte – beschäftigen und die ihr Behandlungskonzept aufgrund ihrer klinischen Erfahrungen und empirischen Forschung kontinuierlich verbesserten. So konnte die Effektivität konfliktbearbeitender Therapie z.B. am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (ENGEL u. MEYER, 1991) und an der Medizinischen Hochschule Hannover (LIEDTKE et al., 1991), der Verhaltenstherapie z.B. am Max-Planck-Institut in München (FICHTER, 1985) und an der psychiatrischen Universitätsklinik in Kortenberg/Belgien (VANDEREYCKEN, 1991) und der Familientherapie z.B. an der Universität Heidelberg (WEBER u. STIERLIN, 1989) nachgewiesen werden.

Einen wichtigen Forschungsschwerpunkt stellt die Frage nach *Erfolgs- bzw. Mißerfolgskriterien*, also die Frage der Prognose dar. Dazu wurden von einer Reihe von Untersuchern die erfolgreich behandelten Patientinnen mit den «Behandlungsmißerfolgen» anhand von relevanten Variablen vor, während und nach der Behandlung sowie zu Katamnesezeitpunkten verglichen (s. DETER et al., 1989; VANDEREYCKEN u. MEERMANN, 1984; ENGEL u. MEYER, 1991; KÖHLE u. SIMONS, 1990; STEINHAUSEN 1991). Die Ergebnisse zeigen, wie auch in anderen Bereichen der Medizin und Psychotherapie, daß die Patienten mit «schwerer und/oder chronifizierter Erkrankung» schlechtere Heilungschancen als die weniger schwer erkrankten haben. Patientinnen mit Anorexie haben eine gute Prognose, wenn eine kurze Krankheitsdauer bis zum Behandlungsbeginn verstrichen ist, wenn die Erkrankung durch ein erlebtes und abgegrenztes Trauma ausgelöst worden ist, wenn keine ausgeprägte neurotische Störung und eine günstige familiäre Situation vorliegen. Eine ungünstige Prognose haben Patientinnen, wenn – wie schon gesagt – eine lange Krankheitsdauer (chronifizierte Erkrankung)

nachweisbar ist, nur geringfügige Auslöser zu eruieren sind, bereits mehrere Behandlungen erfolgten, sozialer Rückzug eingetreten ist und eine fast ausschließliche Beziehung zum Partner bzw. zu den Eltern (Abhängigkeit) besteht sowie negative familiäre Beziehungen zu konstatieren sind. Auf die besondere Bedeutung der Einschätzung des Therapeuten für die Prognose weisen DETER et al. (1989) hin. Sie zeigen in einer empirischen Arbeit, daß die vom Therapeuten nach der psychosomatischen Behandlung gestellte Prognose der wichtigste Prädiktor für den Krankheitsausgang ist. Die Wichtigkeit der Qualität und Entwicklung der sozialen Beziehungen während der Therapie für den Erfolg und insbesondere für die Stabilität des Behandlungserfolges betonen ENGEL und MEYER (1991). Eine gute Prognose ist zu erwarten, wenn zum Ende der Therapie – die Autoren empfehlen dies geradezu als Kriterium für die Beendigung der stationären Therapie – die Patientin mindestens über ein oder zwei, nicht zum früheren pathogenen Feld gehörende vertrauensvolle soziale Beziehungen verfügt.

Wie das Pathogenesemodell, Behandlungserfahrungen und Katamnesen zeigen, bedarf die *Behandlung* der Anorexia nervosa in der Regel eines auf die betreffende Patientin abgestimmten integrierten Ansatzes, der somatische Aspekte (Behandlung der somatischen Folgen der Unter- bzw. Mangelernährung, des Erbrechens usw.) bzw. eine auf die Symptomatik direkt zentrierte Behandlungskomponente (Änderung der Ernährung und des Eßverhaltens) und eine auf die Ursachen der Erkrankung ausgerichtete Komponente umfaßt. Patientinnen mit Anorexie sind meist schwer zu behandeln, im Verlauf der Behandlung treten oft eine Reihe von ernsthaften Komplikationen und Schwierigkeiten auf, die am ehesten von einem mit diesem Krankheitsbild vertrauten Team bzw. Therapeuten gemeistert werden können. Für den Arzt ergibt sich beim Erstkontakt mit der Anorexie-Patientin neben der somatischen *Diagnostik* und eventuellen *Initialbehandlung* die Aufgabe, die Patientin und später auch die Angehörigen über die Schwere der Krankheit sowie Behandlungsmöglichkeiten zu *informieren* und die Patientin zu einer Psychotherapie zu *mo-*

*tivieren*. Diese Aufgabe ist meist schwierig, da die Patientinnen kaum Krankheitsgefühl haben und oft auch die Familienangehörigen die Schwere der Krankheit verleugnen und deshalb einer Psychotherapie ablehnend, zumindest aber ambivalent gegenüberstehen. Bei Patientinnen mit einem Untergewicht im tolerablen Bereich, insbesondere bei akuten und noch nicht chronifizierten Erkrankungen, sollte die Möglichkeit einer *ambulanten Behandlung* erwogen werden. Bei schwer erkrankten bzw. kachektischen Patientinnen muß eine Einweisung in eine *internistische Klinik* (nach Möglichkeit mit psychosomatischem Konsiliardienst) oder eine internistisch-psychosomatische Klinik (mit naher Intensivstation!) erfolgen. Bei Patientinnen mit chronischem Zustandsbild, mißlungenen Vorbehandlungen und einem nicht extremen Untergewicht sollte eine Überweisung an ein *Fachzentrum für Eßstörungen* (Psychosomatische Abteilungen an Universitäten bzw. Medizinischen Hochschulen, Fachklinik für Eßstörungen, Psychosomatische Kliniken bzw. Institutionen) und Psychotherapeuten mit entsprechender Behandlungserfahrung vorgenommen werden.

Bei der Behandlung ist zu beachten, daß die Symptome des Fastens rückgängig gemacht werden müssen, bevor die Patientin wirklich Nutzen aus der Psychotherapie ziehen kann, und daß sie sich ihrer Phobie vor Normalgewicht stellen muß, um die hierdurch hervorgerufenen Ängste bearbeiten und diejenigen emotionalen Probleme angehen zu können, welche zur Entwicklung des Syndroms disponierten (GARFINKEL et al., 1986). ENGEL und MEYER (1991) stellen einen Drei-Elemente-Therapieplan für die stationäre Behandlung und ambulante Nachbetreuung *schwer erkrankter Magersüchtiger* vor. Das Therapieelement A (*Strikt-führendes Element*) besteht aus einem einführenden Gespräch, gemeinsam mit der Familie, in dem über die Krankheit aufgeklärt und die Patientin offen mit ihrer Situation konfrontiert wird. Die klinisch-internistischen Maßnahmen (Bettruhe, Sondenernährung oder hochkalorische Diät, Phenothiazin-Gaben) gehen direkt und symptomorientiert die Kachexie und Hyperaktivität an. Zur strikten Führung

gehören die Reduktion der sozialen Kontakte und die Überwachung der Patientinnen mit Nachttischkontrollen in ihrem Beisein, falls der Verdacht besteht, daß heimlich Nahrung beiseite geschafft wird und Appetitzügler und Laxantien besorgt werden. Das Therapieelement B (*Supportives Element*) setzt eine gewisse Akzeptation dieses Angebotes voraus. Durch Zuhören und Anregung zum Sprechen über ihre Situation und Gefühle wird der Patientin vermittelt, daß sie emotional angenommen und unterstützt wird. Sie kann sich im Beisein des zugehörenden Therapeuten kathartisch abreagieren und erlangt psychische Entlastung. Die Anregung zu emotional differenzierten Verbalisierungen dient dem Aufbau einer neuen Objektbeziehung und emotionalen Sicherung. Selbstverständlich können sich emotionale Stützung (Element B) und strikte Führung (Element A) ergänzen, schließen sich also keinesfalls aus. Das Therapieelement C (*Konfliktbearbeitendes Element*) kommt vor allem gegen Ende der stationären Behandlung und in der ambulanten Nachbehandlung zum Tragen. Eine eigene Motivation im engeren Sinne und aktive Mitarbeit sind nun Voraussetzung. Die unbewußte Bedeutung des Essens bzw. der Nahrungsverweigerung und der Magerkeit sollen verstanden und über die Symptome hinaus ein zentraler Beziehungskonflikt formuliert werden. Handlungsalternativen müssen mit der Patientin erarbeitet werden.

Die stationäre psychosomatische Behandlung *noch nicht oder nicht mehr kachektischer Magersüchtiger* wird zur Zeit überwiegend in Kliniken durchgeführt, die entweder verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch orientiert sind, aber auch viele ähnliche Therapieelemente aufweisen, da sich ein entsprechender multimodaler Therapieansatz klinisch durchgesetzt hat. In den psychoanalytisch orientierten Kliniken bilden Einzel- und/oder Gruppensitzungen den Behandlungsschwerpunkt, in einem integrativen tiefenpsychologischen Ansatz ergänzt durch andere Therapieelemente und -techniken (s. LIEDTKE, 1986). Als ergänzende Therapieelemente kommen vor allem körpertherapeutische Verfahren (Entspannungstraining, konzentrierte Bewegungstherapie, Tanztherapie,

Bioenergetik), kreative Verfahren (Gestaltungstherapie, Maltherapie) und interaktive Verfahren (Psychodrama, Rollenspiel, Trainingsprogramme) zur Anwendung. Die Familie oder der Partner werden direkt (z. B. Familienseminar oder adjunkte Familientherapie) oder indirekt (durch spezifische Therapieangebote wie Familienskulptur oder die Berichte der Patientin über den aktuellen Kontakt zur Familie) einbezogen. (Über eigenständige Familientherapien berichten z. B. SELVINI PALAZZOLI, 1982, sowie WEBER u. STIERLIN, 1989.)

In verhaltenstherapeutisch orientierten Kliniken ist ein Schwerpunkt die Modifikation des Eßverhaltens (s. PAUL et al., 1991), was durch eine stark strukturierte Vorgehensweise und festgelegte Regeln erfolgt. Beim psychoanalytischen Ansatz steht das gestörte Eßverhalten nicht in dem Maße im Vordergrund der Behandlung. Nach Vorgabe eines Mindestgewichtes, das zur Durchführung einer fruchtbaren Behandlung notwendig ist, wird die Patientin mit unterschiedlichen Mitteln (z. B. täglich mehrmaliges Trinken einer hochkalorischen Nährlösung) in ihrem Bemühen unterstützt, dieses Gewicht zu erreichen. Bewährt hat sich, wenn die Patientin die Nährlösung in Anwesenheit einer Schwester im Stationszimmer trinkt und gerade bei dieser Gelegenheit ihre Ängste vor einer Gewichtszunahme thematisieren kann. Im Zentrum der analytischen Behandlung stehen das Verständnis und die Bearbeitung der individuellen Konfliktodynamik, was vor allem in den (wenig strukturierten) analytischen Gruppensitzungen oder auch Einzelgesprächen erfolgt (BERNS u. LIEDTKE, 1981). Wie schon erwähnt kann mit den vorliegenden stationären Behandlungskonzepten ein großer Teil der Patientinnen erfolgreich behandelt werden. Ziel der therapeutischen Bemühungen und der Forschung ist es gegenwärtig, für diejenigen Patientinnen, die bislang unbefriedigende Behandlungsergebnisse aufweisen, besser auf sie abgestimmte therapeutische Strategien zu entwickeln. Des weiteren ist anzustreben, die Patientinnen im Frühstadium der Krankheit zu einer Behandlung zu motivieren, die dann auch oft ambulant durchgeführt werden könnte.

## 2. Bulimia nervosa

### 2.1 Definition, Symptomatik, Verlauf

«Bulimie» bedeutet in der Übersetzung aus dem Griechischen Stierhunger oder Ochsenhunger. Die Leitsymptome der Bulimia nervosa sind das häufige Auftreten zeitlich begrenzter Eßanfälle sowie die aktive Gewichtskontrolle durch häufiges Erbrechen oder andere regulative Maßnahmen wie die Einnahme von Abführmitteln (RUSSEL, 1979). Zusätzlich gehören zum Krankheitsbild der Bulimia nervosa das Gefühl, das Essen während der Eßanfälle nicht unter Kontrolle zu halten, und eine andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht als charakteristische Einstellung (vgl. DSM-III-R, WITTCHEN et al., 1989).

Die Häufigkeit der *Eßanfälle* schwankt zwischen zweimal pro Woche (definitorische Untergrenze des DSM-III-R, WITTCHEN et al. 1989) und mehrmals täglich. Während der Eßanfälle wird in relativ kurzer Zeit eine häufig recht große Menge Nahrung zu sich genommen. Kennzeichnend für die Eßanfälle ist, daß das Essen in der Regel aus (unmittelbar verzehrbaren) Speisen zusammengesetzt ist, die außerhalb der Eßanfälle als verboten gelten: hochkalorische Speisen wie Süßigkeiten oder andere kohlehydrat- oder fetthaltige Nahrungsmittel. In Einzelfällen kann der Energiegehalt eines einzelnen Anfalls 10000 Kilokalorien übersteigen; die Anfälle umfassen aber häufiger Portionen von etwa 1500 bis 3000 Kilokalorien, welche subjektiv als zu groß empfunden werden (vgl. JÄGER et al., 1991). In den allermeisten Fällen wird das konsumierte Essen absichtlich nach dem Anfall wieder *erbrochen*. Häufig folgen mehrere Eßanfälle mit Erbrechen direkt aufeinander, so daß hier von bulimischen Episoden zu sprechen ist. Der Gebrauch von Abführmitteln anstelle des Erbrechens als Gegenregulation gegen das Völlegefühl oder die befürchtete Gewichtszunahme ist selten, hat aber offenbar in englischsprachigen Ländern eine größere Bedeutung. Insbesondere das Erbrechen kann von den Betroffenen als qualvoll und langwierig wahrgenommen werden oder aber auch durch ein hohes Maß an Gewohnheit gekenn-

zeichnet sein und allein durch die bewußte Absicht oder bloße Muskelinnervation hervorgerufen werden.

Bei Vorliegen der Kernsymptomatik, wie sie oben beschrieben ist, bereitet die Diagnose der Bulimie in der Regel keine Schwierigkeiten. Zur Abklärung der bulimietypischen Einstellungen liegen inzwischen auch brauchbare Fragebögen vor. Darüber hinaus sollte erwogen werden, die Diagnose der Bulimie auf die Fälle zu beschränken, in denen neben den Eßanfällen auch Erbrechen auftritt.

Essen und Erbrechen werden in aller Regel heimlich praktiziert und werden von starken *Schuld- und Schamgefühlen* begleitet, die sich aufgrund der verhältnismäßig hohen Steuerbarkeit der Symptomatik noch verstärken und dazu führen, daß auch engste Bezugspersonen oft jahrelang nicht über die Problematik informiert werden. Die Krankheitsdauer bis zu einer ersten Vorstellung bei einem Arzt oder Psychotherapeuten beträgt im Mittel drei bis fünf Jahre (FAIRBURN u. COOPER, 1984).

Das *Essen zwischen den Eßanfällen* ist durch starke *Restriktionen* gekennzeichnet, wozu insbesondere eine innere Liste verbotener Nahrungsmittel, der Verzicht auf warme Mahlzeiten oder Mahlzeiten überhaupt und die Beschränkung auf niederkalorische oder diätetische Nahrung gehören. Nicht selten ist eine Strukturierung des täglichen Essens in Form von Mahlzeiten völlig aufgehoben. Aufgrund dieser Restriktionen nehmen die Betroffenen außerhalb der Eßanfälle weniger Nahrung zu sich als gesunde Vergleichspersonen (DAVIS et al., 1988).

Häufig gehen den Eßanfällen Einsamkeitsgefühle oder Grübeleien über den Selbstwert voraus, oder Frustrations- oder Versagererlebnisse werden als Insuffizienzgefühle im Sinne einer narzißtisch-depressiven Problematik generalisiert. Oftmals handelt es sich auch um diffuse Spannungsgefühle, die sich in dem «Druck zum Essen» Entladung suchen, oder die Frauen geben an, Hunger oder Appetit gehabt zu haben. Die bulimischen Episoden sind aber ebenso häufig fest in den Tagesablauf integriert und somit losgelöst von möglichen früheren Auslösesituationen.

Als Beginn der Anerkennung der Bulimia nervosa als eigenständiges Krankheitsbild ne-

ben der Anorexie wird der schon zitierte Artikel von RUSSEL (1979) angesehen. Man ist sich weitgehend darüber einig, daß bis wenigstens Ende der achtziger Jahre die Diagnosen der Bulimia nervosa in den Institutionen der psychosozialen Versorgung stark zugenommen haben, wobei die Ursachen für diese Steigerung sowohl in einem häufigeren Eingeständnis anderen gegenüber als auch in dem zunehmenden gesellschaftlichen Druck zu einem durch Schlankheit gekennzeichneten Schönheitsideal (s. u.) gesehen werden müssen. In der Regel beginnt eine *Bulimie ohne Vomie*, d. h., die Freßattacken enden nicht mit Erbrechen. Kommt es nach einer gewissen Zeit (manchmal nie) spontan oder (meist) selbstinduziert zu Erbrechen, konditioniert sich dieses rasch negativ-operant, weil es Völlegefühl und Übelkeit beendet und die Angst vor Gewichtszunahme dämpft. Durch den Einfluß der Massenmedien, vor allem der Frauenzeitschriften, welche seit etwa 15 Jahren mit wachsender Anteilnahme die Bulimie und zwar überwiegend in ihrer dramatischeren bulivomischen Form schildern, hat sich die Zeitspanne zwischen Beginn ohne Erbrechen und vomischer Komplikation verkürzt und die Zahl bulivomischer Formen erhöht (MEYER, 1988).

Bei langen Verläufen ist es möglich, daß verschiedene *körperliche Folgeschäden* auftreten, die aber mit wenigen Ausnahmen als reversibel angesehen werden können. Die bedrohlichsten körperlichen Folgen sind die möglichen Schädigungen der Nieren aufgrund des durch das Erbrechen und gegebenenfalls den Abführmittelmißbrauch bedingten Salz- und Wasserverlustes. Häufig kommen Zahnschäden aufgrund der Schädigung des Zahnschmelzes durch die Magensäure vor (vgl. COMERCI, 1990). Der durch das Erbrechen induzierte Kaliummangel kann zu Herzrhythmusstörungen führen. Manche Frauen leiden unter Schwellungen der Speicheldrüsen, viele unter schlecht heilenden Wunden an den Händen, Haarausfall und gastrointestinalen Beschwerden. Zahlreiche vegetative Beschwerden im Anschluß an den Eß-Brech-Zyklus wie Mattigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen und Schwindel und ein damit verbundener erschöpfter Rückzug sollten hin-

sichtlich eines teleologisch-verstehenden Zugangs zu der Störung nicht übersehen werden.

Im Zusammenhang mit der Bulimia nervosa werden auch Abweichungen bei den endokrinen und metabolischen Parametern beobachtet, die jedoch auch wegen des intermittierenden Fastens einer enormen Streuung unterliegen. Die Ergebnisse sind dahingehend zusammenzufassen, daß vor allem die Achse der Geschlechtshormone, die Schilddrüsenhormone und die noradrenerge und serotonerge Regulation eine verminderte Aktivität mit Anzeichen einer «vita minima» aufweisen. Heute ist man sich jedoch dahingehend einig, daß die Auffälligkeiten als Folge der intermittierenden und qualitativen Mangelernährung anzusehen sind (vgl. LAESSLE et al., 1991).

Aufgrund der *biologischen Adaptationsleistungen des Körpers*, der die Effekte des Mangels z. B. durch einen erniedrigten Grundumsatz auszugleichen trachtet, kommt es zu ungewollten Effekten wie einer vermehrten Gewichtszunahme bei normalisiertem Essen. Andere kontraproduktive Effekte der Eßgewohnheiten werden durch psychologische Folgen des Fastens beigetragen: Eine erhöhte Reizbarkeit und depressive Verstimmungen können zur Auslösung erneuter Eßanfälle beitragen.

## 2.2 Epidemiologie, Demographie

Das Verhältnis der *Prävalenzrate* von Frauen zu Männern liegt für die Bulimie in einer Größenordnung von etwa 100:1. Es sind überwiegend Frauen im Alter zwischen 18 und 35 Jahren betroffen. Das Erstauftreten der Bulimie über 30 Jahren ist etwa genauso selten wie ein Noch-Erkranktsein mit über 40 Jahren. Methodisch gut abgesicherte Prävalenz- und Inzidenzschätzungen mit repräsentativen Stichproben sind sehr selten. Für die USA wurden Prävalenzschätzungen von 1 bis 20 Prozent (!) angegeben. Inzwischen werden aber sowohl für Mitteleuropa (COOPER u. FAIRBURN, 1983) als auch für die USA (DRENOWSKI et al., 1988) Prävalenzschätzungen von 2 bis 4 Prozent für die Risikogruppe junger Frauen angegeben.

Die Angaben zum durchschnittlichen *Körpergewicht* bulimischer Patientinnen schwan-

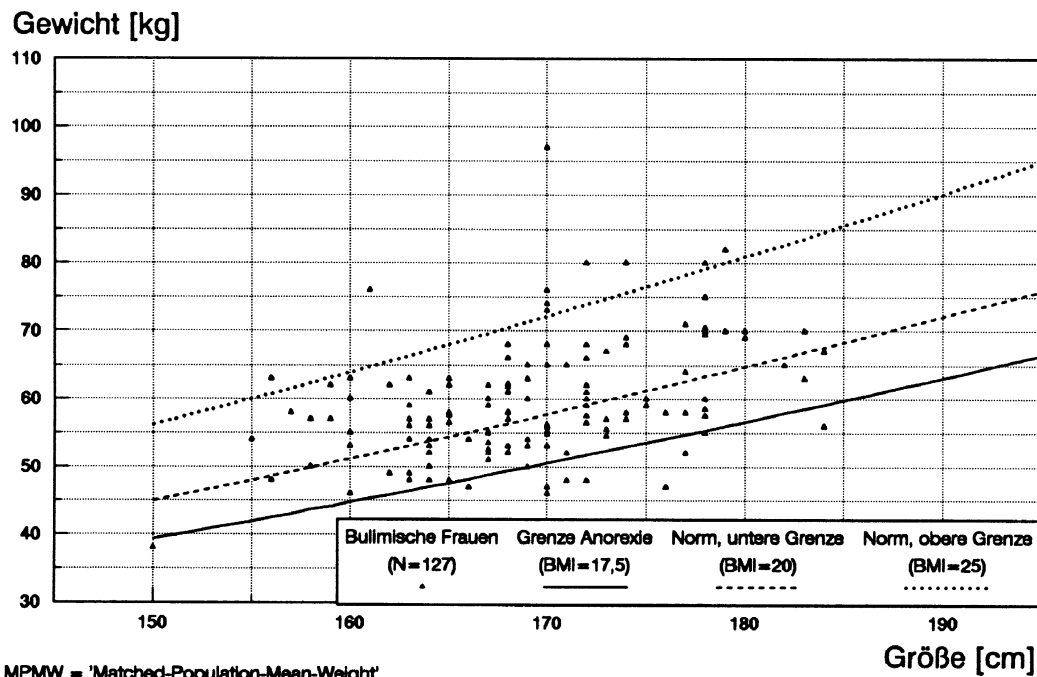


Abbildung 3: Größe und Gewicht von 127 Patientinnen mit bulimischer Symptomatik in Bezug auf das Normgewicht und das Grenzwert für Anorexie.

ken entsprechend den Unsicherheiten bezüglich der diagnostischen Abgrenzung zur Anorexie. In der Regel befinden sich bulimische Patientinnen jedoch im Rahmen ihres Erwartungsgewichtes oder leicht darunter, wobei die Patientinnen über relativ große Schwankungen im Verlauf der Erkrankung berichten. Eine Teilgruppe bulimischer Patientinnen ist jedoch auch übergewichtig. Das Ausbleiben der Regel, wie es auch bei der Gruppe der normalgewichtigen Bulimie-Patientinnen beobachtet wird, weist oft darauf hin, daß die betroffenen Frauen sich durch Restriktionen unterhalb ihres Erwartungsgewichtes halten. Anamnestisch finden sich immer eine langdauernde Beschäftigung mit Figur und Gewicht sowie häufige Diätversuche. Oft sind auch extreme Unterschiede zwischen dem «höchsten jemals erreichten Gewicht» und dem «niedrigsten Gewicht bei heutiger Größe» zu vermerken, was auf die häufige Vorgeschichte einer Anorexie verweist. Abbildung 3 zeigt Gewicht und Größe von 127 Bulimiepatientinnen eines eigenen Forschungsprojektes.

In Bezug auf die *Familienanamnese* werden häufig affektive Störungen, Alkoholismus, Übergewicht oder der Tod bzw. die andere bedingte Abwesenheit eines Elternteils genannt. Vor allem von Psychotherapeuten weiblichen Geschlechts wird auch immer wieder auf die hohe Rate von Inzesterfahrungen der betroffenen Frauen hingewiesen, die aber wohl nicht spezifisch für die Bulimie ist. Während für die Bulimie in Analogie zur Anorexie lange Zeit von einem Überwiegen hoher sozialer Schichten gesprochen wurde, lassen neuere Untersuchungen Zweifel an dieser Vermutung zu (POPE et al., 1987).

### 2.3 Psychosomatik

In der bulimischen Handlung wird von der eingangs beschriebenen Verschränkung Essen-Nähe-Befriedigung die Nähe, da zu enttäuschend und kränkend, abgetrennt und dafür die Befriedigung ins Gierig-Orgiastische übersteigert. Bulimikerinnen schlingen allein

und geheim und dafür maßlos bis zur Erschöpfung und zum Ekel.

Der erwähnte bulimische *narzißtisch-depressive Kernkonflikt*, der sich in einer lange vorbestehenden Beschäftigung mit Figur und Gewicht äußert, findet sich bei sonst eher *heterogenen Persönlichkeitsstrukturen*: Sowohl abhängig-depressive Persönlichkeiten als auch narzißtisch-hysterische Persönlichkeiten sind gegenüber der Normalbevölkerung vermehrt vertreten (vgl. YATES et al., 1989). Für eine noch größere Gruppe von Patientinnen kann aber keine eindeutige Persönlichkeitsdiagnose gestellt werden.

Psychopathologisch und persönlichkeitspsychologisch geht die Bulimie häufig mit einem *mangelnden Selbstwertgefühl* einher, einer Scheinautonomie und fassadenhaften Stärke (HABERMAS u. MÜLLER, 1986), der Borderline-Persönlichkeit (YATES et al., 1989), suchttypischen Persönlichkeitsmerkmalen, einer erhöhten Anspruchshaltung und dem sogenannten falschen Selbst im Sinne WINNICOTTS und KOHUTS (s. HABERMAS u. MÜLLER, 1986). Nach eigener Erfahrung sind Borderline-Synonyme selten. Insgesamt zeichnen sich bulimische Frauen durch stärkere Stimmungsschwankungen und ein leicht dysphorisches Empfinden aus. Nach Auftreten der Bulimie werden depressive Manifestationen krankheitsreaktiv verstärkt.

Häufig wird im Zusammenhang mit der Bulimie auch von einem gestörten Körperbild berichtet, was auf entsprechende Vermutungen von H. BRUCH (1973) im Zusammenhang mit der Anorexie zurückgeht. Ergebnisse, die für eine Fehleinschätzung bzw. Verzerrung der eigenen Körpermaße in Richtung einer «breiteren» Einschätzung sprechen, liegen auch für die Bulimie vor. Andere Autoren konnten dagegen bulimische Patientinnen mit Hilfe der Einschätzung der eigenen Körpermaße nicht von einer Kontrollgruppe, die ebenfalls auf ihr Gewicht achtete, unterscheiden (LINDHOLM u. WILSON, 1988). Das gesamte Gebiet ist durch erhebliche methodische Inkonsistenzen gekennzeichnet.

Eine Sonderrolle nehmen Zusammenhänge zwischen bulimischem Verhalten und anderen Abhängigkeiten bzw. suchttypischen Persönlichkeitsmerkmalen ein. Verschiedene Autoren führen empirische Befunde zum hohen Kovariieren der Bulimie mit anderen stoffgebundenen Süchten oder auch Impulskontroll-

störungen als Beleg für eine Zusammengehörigkeit an. Andere Autoren können solche Zusammenhänge nicht finden (JÄGER et al., 1991) oder verweisen auf die Unangemessenheit «normaler» anstelle von psychosomatisch oder neurotisch gestörten Kontrollgruppen. Der Merkmalskatalog, wie z. B. für die «Psychoactive Substance Dependencies» im DSM-III-R (WITTCHEN et al., 1989) aufgeführt, wird durch die Bulimia nervosa nur zum Teil erfüllt. Es bleibt zu fragen, welcher Erkenntnisgewinn mit einer gelungenen oder mißlungenen Subsumption der Bulimie unter die anderen Süchte verbunden wäre. Hinsichtlich der Behandlung der Bulimie und z. B. des Alkoholismus können aufgrund der soziographischen Verschiedenartigkeit der Patientengruppe und der Verschiedenartigkeit der Suchtstoffe die wenigsten Behandlungselemente einfach übertragen werden, und die Suche nach einer «Suchtpersönlichkeit» hat auch für andere stoffgebundene Abhängigkeiten wenig Früchte gebracht.

Von verschiedenen Autoren werden Versuche unternommen, innerhalb der Gruppe bulimischer Patienten homogene *Subgruppen* auszumachen. PAUL (1987) unterscheidet empirisch eine «sozial-phobische Gruppe», eine «impulsive Gruppe» und eine «unauffällige Gruppe». HABERMAS et al. (1987) unterscheiden theoretisch vier Formen der Bulimie anhand der therapeutischen Beziehungsgestaltung, die als abhängig-submissiv, abwehrend, ich-schwach/grenzenlos und als Restgruppe bezeichnet werden können. Beide Einteilungen können jedoch angesichts der Vielfalt der Persönlichkeitsbilder und Übergänge noch nicht überzeugen.

Die Verwandtschaft zwischen der Magersucht und der Bulimie wird insbesondere durch die häufigen *Übergänge – vor allem von der Magersucht zur Bulimie* – deutlich: Etwa 30 bis 40 Prozent der bulimischen Patientinnen waren zuvor magersüchtig (LIEDTKE et al., 1990). Gleichzeitig sind beeindruckende Übereinstimmungen hinsichtlich der Einstellung zu Essen und Figur nachweisbar. Auf der anderen Seite sind im therapeutischen Kontakt und psychodynamisch charakteristische *Unterschiede* festzustellen. Bulimische Frauen leiden unter ihrer Störung und sind deshalb

therapeutisch stärker motiviert (im Gegensatz zur fehlenden oder niedrigen Motivation bei Anorexie), sie versuchen weiblich und attraktiv auszusehen (vs. Abwehr weiblicher Körperformen), haben weitgehend normale, altersangemessene sexuelle Erfahrungen (vs. Abwehr der weiblichen Rolle und Sexualität), sie zeigen vorzeitige Autonomie mit fassadenartiger Selbständigkeit (vs. enge Bindung an die Familie). Selten zeigen bulimische Frauen die charakteristische reserviert-intellektualisierende, oft mit einem Gefühl der Überlegenheit verbundene Einstellung anorektischer Frauen.

Hinsichtlich der *Ursachen* der Bulimie haben im wesentlichen die folgenden ätiologischen Modelle und Überlegungen Anerkennung gefunden, die auch deutlichen Einfluß auf die heute in der BRD praktizierten Therapiekonzeptionen haben.

Von verhaltenstherapeutischer Seite wird auf die Diätgeschichte und das *restriktive Eßverhalten außerhalb der Eßanfälle* fokussiert. Es wird darauf hingewiesen, daß Patientinnen mit Bulimie trotz eines normalen Gewichts metabolisch und endokrinologisch häufig Zeichen einer Mangelernährung zeigen. Daraus kann geschlossen werden, daß der biologische «Set Point» des Gewichts höher liegt. Nach dem Konzept des «Restrained Eating» (POLIVY u. HERMAN, 1985) können Heißhungerattacken allein durch Mangelernährung ausgelöst werden. Zu Eßanfällen kommt es in dem Moment, wo aufgrund äußerer oder innerer Stressoren die starke Kontrolle des Essens nicht aufrechterhalten werden kann. Ein Eßanfall bedeutet eine Art Kapitulation, wenn die restriktiven Regeln erst einmal gebrochen wurden. Eine Disposition zu einem etwas erhöhten Gewicht bzw. einem erniedrigten Grundumsatz kann unter dieser Betrachtung als Risikofaktor für die Ausbildung einer Bulimie angesehen werden.

Von psychoanalytischer Seite wird in erster Linie auf die charakteristischen Konflikte bei Bulimiekranken hingewiesen und die Analogie zum symptomatischen Verhalten betont. Als ein zentraler Konflikt der Bulimiepatienten wird eine Ambivalenz zwischen starken Bedürfnissen nach Zuwendung und Verwöhnung einerseits und Angst vor Abhängigkeit

und Einengung andererseits angesehen. Die Symptomatik mit ihrer Gegensätzlichkeit von Einverleiben und Ausspeien wird so als symbolische Widerspiegelung der *Ambivalenz zwischen Zuwendungswünschen und Abhängigkeitsängsten* verstehbar (vgl. ETTL, 1988). Nach SCHULTE und BÖHME-BLOEM (1990) liegt der Bulimie keine einheitliche psychostrukturelle Genese zugrunde; das Spektrum reicht von der Neurose auf der Grundlage hysterischer Konflikte bis zur schwer gestörten narzißtischen oder – seltener – Borderlinestruktur. Ausgangspunkt ist für die Autoren eine konflikthafte Beziehungsstruktur zum frühen, mütterlichen Objekt. Das später bulimische Mädchen wächst mit einem ungestillten Objekthunger auf; die sich ausbildende orale Fixierung wird von der Ambivalenz der frühen Mutter-Tochter-Beziehung geprägt. Die Mutter erweist sich aufgrund eigener frühkindlicher Entwicklungsdefizite unfähig, die Tochter in narzißtischer Erweiterung des eigenen Selbst ausreichend zu spiegeln. Das frühe Kommunikationsmedium Essen wird zum Träger der ambivalenten Gefühle und steht sowohl für die Hoffnung auf Sättigung als auch für die Angst vor einem abweisenden, bedrohlichen Objekt.

Eine ergänzende Sicht wird von dem *ich-psychologischen Ansatz* innerhalb der Psychoanalyse beigetragen, der die defizitäre Struktur der Ich-Leistungen von sogenannten frühgestörten Patienten im Zusammenhang mit süchtigem Verhalten sieht: Ein schwaches und unentwickeltes Ich, das nur mangelhaft stabilisierende und regulierende Funktionen wie Frustrationstoleranz, Impulskontrolle, Regulation gegenüber Es-Ansprüchen und Realitätsprüfung ausübt, reagiert im Rahmen seiner Möglichkeiten mit – ungeeigneten – Kompensationsversuchen. Vergleichsweise geringe Frustrationen werden im Sinne eines Uraffektes generalisiert, dem keine sinnvolle Signalfunktion mehr zukommt. Dem Suchtstoff bzw. der Suchthandlung kommt jetzt die Bedeutung der Affektdämpfung und Affektregulierung zu (SWIFT u. LETVEN, 1984).

Ähnlich wie im Falle der Anorexie-Patientinnen sind auch bei Bulimie-Patientinnen *familiendynamisch* relevante Konstellationen aufzeigbar (s. WEBER u. STIERLIN, 1989). In-



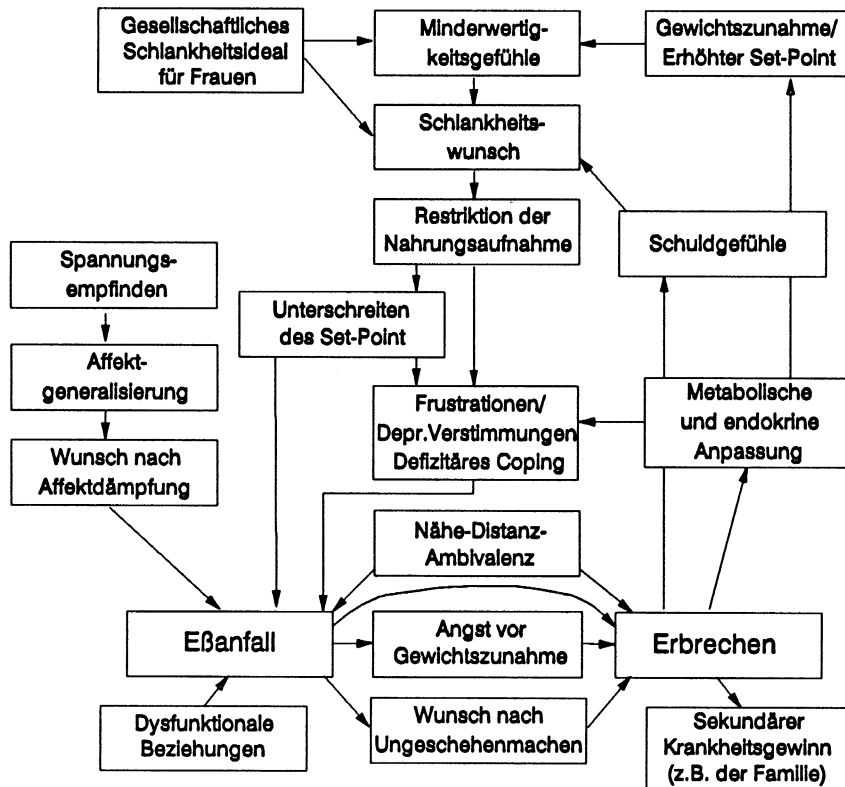


Abbildung 4: Schematische Darstellung eines Bedingungsmodells der Bulimia nervosa.

nerhalb der Herkunftsfamilien von Bulimie-Patientinnen lassen sich nämlich ebenfalls gegenseitige *Abhängigkeitsverklammerungen* nach Art der Drei-Generationen-Perspektive beobachten, jedoch nicht so stark verfestigt wie in den Herkunftsfamilien der Anorexia-Patientinnen. Ferner erfüllen Bulimie-Patientinnen innerhalb ihrer Herkunftsfamilie bestimmte spezifisch-systemische Funktionen im Sinne der Solidaritätsfunktion bzw. Opferrolle zwecks Stabilisierung von konfliktbesetzten, innerfamiliären Strukturen. Da aber – anders als in Anorexia-nervosa-Familien – in den Bulimie-Familien die Mutter-Patientin-Symbiosen nicht so hartnäckig verfestigt sind und im systemischen Beziehungskontext die emotionale Rolle des Vaters viel profilierter ist, gestalten sich für gewöhnlich die systemischen Therapiesitzungen (Kap. III.D) mit Bulimie-Familien merklich problemorientierter, emotional farbiger und inhaltlich ergiebiger.

Deshalb beobachten wir auch in Bulimie-Familien nicht jene Ausmaße von Pseudo-Harmonie und Konfliktverniedlichung wie in Anorexia-nervosa-Familien. Auch SCHMIDT (1989) schätzt «bulimische Familien» gegenüber «anorektischen Familien» als erheblich kritikfähiger, aber auch konflikthafter und bedürftiger ein.

Ein wichtiges und in verschiedenen Aspekten verbindendes Element wird von der Ich-Psychologie bzw. der Persönlichkeitspsychologie in Zusammenhang mit *gesellschaftlichen Faktoren* beigetragen und u. a. auch von feministischen Autorinnen formuliert. Danach wird Frauen in unserer Gesellschaft sehr viel eher als Männern nahegelegt, sich Anerkennung über ihre äußere Erscheinung zu verschaffen. Gleichzeitig wird durch Werbung und andere Medien auf aggressive Art und Weise «erfolgreich» und «schön» mit «schlank» assoziiert, wobei Frauen viel eher

als Männer die Zielgruppe dieser Normensetzung sind. Bei einem bewußt oder unbewußt empfundenen Mangel an Selbstwert oder Ich-Identität wird Frauen die Möglichkeit erhöhter Anerkennung durch Angleichung an das Schönheitsideal und Manipulation der äußeren Erscheinung suggeriert. Es erfolgt eine Gleichsetzung von Attraktivität, Anerkennung und Schlankheit. Der aufgezeigte Zusammenhang vermag zahlreiche Beobachtungen bei Bulimiekranken zu erklären und steht Erklärungsversuchen der Ich-Psychologie innerhalb der Psychoanalyse nahe, welche die Symptombildung als Reparationsversuch des kranken Ich auffassen. Abbildung 4 zeigt den Versuch einer Integration der verschiedenen Ansätze in einer schematischen Übersicht.

## 2.4 Psychotherapie, Prognose

Die Behandlung der Bulimie wird heute in der BRD in einer ausgesprochenen Breite von symptomzentrierten bis hin zu konfliktzentrierten Ansätzen sowohl in stationären wie auch in ambulanten Settings durchgeführt. Die Mehrzahl der behandelnden Institutionen und Einrichtungen bietet eine eklektische Zusammenstellung verschiedener Verfahren an. Stationäre Behandlungen müssen als eine gewisse Besonderheit Deutschlands angesehen werden; im Ausland wird die Bulimie in der Regel ambulant behandelt. Selbsthilfegruppen kommt eine wichtige Rolle als erste Anlaufstelle zu. Die kathartischen Effekte des Gefühls «nicht allein zu sein» und die angstfreie Selbstdefinition als «krank» sind wichtige therapeutische Schritte. HABERMAS und MÜLLER (1986) machen den Versuch, Indikationskriterien für die einzelnen Therapieformen anzugeben.

Im Fokus der *kognitiv-verhaltensmodifikatorischen Therapien* steht die Korrektur des Eßverhaltens und der damit verbundenen problematischen oder kontraproduktiven Kognitionen, ähnlich wie dies z. B. für die kognitive Therapie der Depression gilt. Kognitiv-verhaltensmodifikatorische (k-v) Therapieverfahren setzen sich aus den folgenden Thera-

pieelementen zusammen (vgl. MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987):

1. *Diagnose und Deskription des problematischen Verhaltens*: Erfassung von Art und Umfang der Eßanfälle, des Erbrechens, der Auslösesituation, der begleitenden Gedanken und Bewertungen mittels Bericht oder Eßtagebuch.
2. *Absprachen und Vereinbarungen* bilden im Rahmen von k-v-Therapien häufig bereits ein wesentliches Therapieelement und beziehen sich z. B. auf Häufigkeit und Zusammensetzung der Mahlzeiten, Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten usw.
3. *Information und Psychoedukation*: Informationseingabe über den Zusammenhang zwischen Bulimie und Mangelernährung, psychologische und physiologische Circulivitiosi, Energiebedarf und Ernährungslehre.
4. *Neu-Lernen des Essens*: Heranführung an die Drei-Mahlzeiten-Struktur, Modellernen in der Gruppe, Heranführen an verbotene Speisen, Stimulus-Einengung und Kontrolle durch die eingeschränkte Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln, unter Umständen positive Verstärkung durch Münzverstärkersysteme oder Vergünstigungsgewährung bzw. negative Verstärkung durch Vergünstigungsentzug, langsame Ersetzung der Fremdkontrolle durch Selbstkontrolle.
5. *Kognitive Umstrukturierung*: Hinterfragen der dysfunktionalen Gedanken und Bewertungen z. B. mittels der Spaltentechnik oder des sokratischen Dialogs im Therapiegespräch, Diagnose und Bearbeitung irrationaler Gedanken und des Schwarz-Weiß-Denkens, Übung von Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle.
6. *Training in Problemlösung und Streßbewältigung*: Übung von alternativen Techniken für den Umgang mit Auslösesituationen, Übung des Copings von streßinduzierenden Erfahrungen, Aktivierungen und Tagesstrukturierungen, realistische Planungen.
7. *Korrektur der Körperwahrnehmung*: Diagnose möglicher verzerrter Körperwahrnehmungen, Initiierung korrigierender Erfahrungen möglichst in der Gruppe.

Auf Techniken, die der systematischen Desensibilisierung und Konditionierungstechniken verwandt sind und in der BRD unseres Wissens nicht angewandt werden, soll hier nicht weiter eingegangen werden.

*Konfliktorientierten Therapieelementen* liegt die Annahme zugrunde, daß die Bulimie einen psychosomatischen Lösungsversuch eines neurotischen Konflikts bzw. einen Reparatursversuch des kranken Ich darstellt (s. o.). Im Fokus der Therapieelemente stehen daher die Konflikte und Defizite, denen ein ursächlicher Einfluß auf das Krankheitsgeschehen zugeschrieben wird. Der Beachtung der Inszenierung der Zuwendungswünsche und Abhängigkeitsängste in der therapeutischen Übertragungsbeziehung kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Das diffuse Themenangebot bulimischer Frauen in der Therapie, die Scheinautonomie und eine häufige Trotzhaltung im weiteren Verlauf der Therapie können als relativ störungsspezifische Phänomene im Therapieprozeß angesehen werden.

In der *psychodynamischen Therapie* der Bulimia nervosa stehen nach unserer Erfahrung schwerpunktmäßig folgende, sich überschneidende Themen im Vordergrund:

1. Hinterfragen des negativen Selbstwertes und Stärkung des Selbstwertgefühls;
2. der Wunsch zu gefallen, die Erwartungen der anderen zu antizipieren und zu erfüllen;
3. damit verbundene Anerkennung durch Helfen und Für-andere-da-Sein;
4. die Scheinautonomie als kräftezehrendes, fassadenartiges Auftreten im sozialen Kontakt;
5. die Abgrenzung gegenüber anderen und die Fähigkeit, «nein» zu sagen;
6. das Erkennen unbewußter Zuwendungswünsche, deren Abwehr und die Regulation dieser Wünsche;
7. Identifizierung und Klarifikation von Affekten durch Hilfs-Ich-Funktionen der Therapeuten bzw. der Gruppe;
8. der Umgang mit negativen Affekten wie Neid, Rivalität, Frustrationen oder Selbstabwertungen;
9. die Wahrnehmung und Formulierung eigener Bedürfnisse;

10. Reflexion der eigenen Rolle in Partnerschaft oder Herkunftsfamilie und Hinterfragen möglicher stabilisierender Funktionen der Bulimie für die Familie. Auch die Analyse von Auslösesituationen oder die Betrachtung hilfreicher bzw. schützender Bedingungen sind wichtige Themen der Therapie.

Auch bei der Bulimie kommt einer tragfähigen therapeutischen Beziehung eine besondere Bedeutung zu: In dem so hergestellten Freiraum können Probleme im Umgang mit Nähe und Distanz am Beispiel dieser Beziehung angstfrei erfahren und modifiziert werden. Deswegen sollte auch frühzeitig die Frage nach gleichgeschlechtlichem versus gegengeschlechtlichem Therapeuten gestellt und entschieden werden.

Im stationären Setting werden die konfliktorientierten Therapieelemente durch Verfahren wie Interaktionsübungen, Gestaltungstherapie oder angeleitete Körpererfahrungen ergänzt. Das Gruppensetting hat den Vorteil, die für Bulimie-Patientinnen besonders wichtigen Problembereiche Eigenverantwortlichkeit und Abgrenzung zu fokussieren.

Eine Sonderrolle nehmen die *systemisch-familienorientierten Therapieansätze* ein. Es wird angestrebt, nach einer motivationszentrierten Anfangsphase möglichst bald Familienmitglieder oder Partner zu den Gesprächen hinzuzuziehen, dadurch die Funktion der Bulimie in der Familie zu eruieren und die Familie an einer Lösung der Probleme aktiv zu beteiligen. Eine hilfreiche Technik ist dabei das «zirkuläre Fragen» zur Informationsgewinnung (s. Kap. III.D).

Hinsichtlich der Anwendung systemischer Therapien bei der Behandlung von Eßstörungen werden gerade im stationären Setting häufig systemisch-familienorientierte Therapieelemente in das Behandlungskonzept integriert. Dies geschieht durch sogenannte Familienseminare oder Familiengespräche zu bestimmten Zeitpunkten der Therapie. Systemische Therapieansätze – z. B. im Sinne des «Mailänder Modells» bzw. der «Neuen Heidelberger Schule» – werden auch eigenständig eingesetzt und zeigen ver-

gleichbar gute Resultate gegenüber anderen Verfahren (vgl. LIEDTKE et al., 1991).

Insbesondere im stationären Setting werden oft symptom- und konfliktorientierte Elemente in Kombinationen angewandt. Dabei wird häufig der Weg verfolgt, über eine rasche Reduktion der Symptomatik mittels verhaltenstherapeutischer Techniken die Basis für eine konfliktbearbeitende Therapie zu schaffen (vgl. DIPPEL et al., 1988). Aber auch Therapien ohne jegliche konkret auf das Verhalten zielende Anteile werden erfolgreich durchgeführt.

FAIRBURN (1988) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß *Erfolge* und *Prognosen* rein konfliktorientierter Maßnahmen («non-directive, interpersonal psychotherapy») mit denen symptomorientierter Maßnahmen vergleichbar sind. GARNER (1987) sowie COX und MERKLE (1989) kamen bei ihren Übersichtsarbeiten zu Behandlungserfolgen bei Bulimie übereinstimmend zu Eß-Brech-Abstinenzraten (gezählt wurde im Zweifel das Erbrechen) von durchschnittlich 33 bis 39 Prozent. Diese Rate stieg nach einem mehrmonatigen Follow-up in der Regel noch etwas an. Die Reduktion des symptomatischen Verhaltens betrug durchschnittlich 80,6 Prozent (GARNER, 1987). LIEDTKE et al. (1991) berichten über eine Symptomreduktion auf höchstens einen Eß-Brech-Anfall die Woche bei 52 Prozent der Patientinnen einen Monat nach einer stationären Behandlung. FEIEREIS (1990) weist darauf hin, daß die Rate gelegentlicher Rückfälle jedoch recht hoch ist. In den Institutionen der psychosozialen Versorgung ist man sich zunehmend darüber einig, daß der Nachversorgung der Patientinnen deswegen eine ganz besondere Rolle zukommt.

Untersuchungsergebnisse zu Prognosekriterien sind wenig überzeugend bzw. widersprüchlich: Andere Abhängigkeiten bzw. Süchte, die der Erkrankung vorausgehen (LACEY et al., 1983) und Suizidversuche (ABRAHAM et al., 1983), werden als prognostisch ungünstig genannt. Informationen über die Prognose ohne Behandlung fehlen noch. Die Erkrankung der Bulimia nervosa zeigt hinsichtlich der charakteristischen Einstellungen und Konflikte eine so starke Beziehung

zu alterstypischen Konflikten der Adoleszenz, welche auch den engen zeitlichen Rahmen des Auftretens mitbestimmen dürften, daß für einen übertriebenen Pessimismus eigentlich kein Anlaß besteht. Die gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen durch die Bulimie sind jedoch andererseits so ausgeprägt, daß therapeutische Interventionen zur Unterbrechung der Eigendynamik der Bulimie frühzeitig einsetzen sollten.

### 3. Adipositas

#### 3.1 Definition

Die Adipositas ist durch eine übermäßige Anhäufung von Fett im Körper charakterisiert. Fettleibigkeit liegt nach medizinischer Definition vor, wenn der Anteil des Fettgewebes am Körpergewicht bei Männern 20 Prozent und bei Frauen 25 Prozent übersteigt (MÜLLER et al., 1990). Da die direkte Messung des Fettanteils aufwendig ist, erfolgt die Bestimmung des Ausmaßes an Übergewicht durch Indizes, die den Anteil des Fettgewebes an der körperfettfreien Masse schätzen. Am geeignetsten ist dafür der Körpermassenindex BMI (= Body-Mass-Index oder Quetelets-Index), der gut mit der direkten Messung des Fettgewebes korreliert. Dieser errechnet sich als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm durch quadrierte Körperlänge in Metern. Anhand des Körpermassenindex werden nun Grenzwerte – zur Zeit gibt es noch kleinere Divergenzen zwischen Forscherteams – zur Bestimmung des Ausmaßes der Adipositas festgelegt. MÜLLER et al. (1990) teilen den Körpermassenindex (BMI) für Männer und Frauen gemäß Tabelle 1 in vier Bereiche ein.

Tabelle 1: Klinische Einteilung der Adipositas für Männer und Frauen (Altersgrenze 20–65 Jahre).

| Klinische Einteilung            | Körper-Masse-Index (BMI) |
|---------------------------------|--------------------------|
| Grad 0 Normalgewicht            | 20,0–24,9                |
| Grad 1 leichtes Übergewicht     | 25,0–29,9                |
| Grad 2 starkes Übergewicht      | 30,0–40,0                |
| Grad 3 sehr starkes Übergewicht | > 40,0                   |

Tabelle 2: BMI-Grenzwerte (kg) für Männer und Frauen in Abhängigkeit von der Körpergröße (cm).

| Größe | BMI20 | BMI25 | BMI30 | BMI40 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 151   | 45,6  | 57,0  | 68,4  | 91,2  |
| 152   | 46,2  | 57,8  | 69,3  | 92,4  |
| 153   | 46,8  | 58,5  | 70,2  | 93,6  |
| 154   | 47,4  | 59,3  | 71,1  | 94,9  |
| 155   | 48,0  | 60,1  | 72,1  | 96,1  |
| 156   | 48,7  | 60,8  | 73,0  | 97,3  |
| 157   | 49,3  | 61,6  | 73,9  | 98,6  |
| 158   | 49,9  | 62,4  | 74,9  | 99,9  |
| 159   | 50,6  | 63,2  | 75,8  | 101,1 |
| 160   | 51,2  | 64,0  | 76,8  | 102,4 |
| 161   | 51,8  | 64,8  | 77,8  | 103,7 |
| 162   | 52,5  | 65,6  | 78,7  | 105,0 |
| 163   | 53,1  | 66,4  | 79,7  | 106,3 |
| 164   | 53,8  | 67,2  | 80,7  | 107,6 |
| 165   | 54,4  | 68,1  | 81,7  | 108,9 |
| 166   | 55,1  | 68,9  | 82,7  | 110,2 |
| 167   | 55,8  | 69,7  | 83,7  | 111,6 |
| 168   | 56,4  | 70,6  | 84,7  | 112,9 |
| 169   | 57,1  | 71,4  | 85,7  | 114,2 |
| 170   | 57,8  | 72,2  | 86,7  | 115,6 |
| 171   | 58,5  | 73,1  | 87,7  | 117,0 |
| 172   | 59,2  | 74,0  | 88,8  | 118,3 |
| 173   | 59,9  | 74,8  | 89,8  | 119,7 |
| 174   | 60,6  | 75,7  | 90,8  | 121,1 |
| 175   | 61,3  | 76,6  | 91,9  | 122,5 |
| 176   | 62,0  | 77,4  | 92,9  | 123,9 |
| 177   | 62,7  | 78,3  | 94,0  | 125,3 |
| 178   | 63,4  | 79,2  | 95,1  | 126,7 |
| 179   | 64,1  | 80,1  | 96,1  | 128,2 |
| 180   | 64,8  | 81,0  | 97,2  | 129,6 |
| 181   | 65,5  | 81,9  | 98,3  | 131,0 |
| 182   | 66,2  | 82,8  | 99,4  | 132,5 |
| 183   | 67,0  | 83,7  | 100,5 | 134,0 |
| 184   | 67,7  | 84,6  | 101,6 | 135,4 |
| 185   | 68,4  | 85,6  | 102,7 | 136,9 |
| 186   | 69,2  | 86,5  | 103,8 | 138,4 |
| 187   | 69,9  | 87,4  | 104,9 | 139,9 |
| 188   | 70,7  | 88,4  | 106,0 | 141,4 |
| 189   | 71,4  | 89,3  | 107,2 | 142,9 |
| 190   | 72,2  | 90,2  | 108,3 | 144,4 |
| 191   | 73,0  | 91,2  | 109,4 | 145,9 |
| 192   | 73,7  | 92,2  | 110,6 | 147,5 |
| 193   | 74,5  | 93,1  | 111,7 | 149,0 |
| 194   | 75,3  | 94,1  | 112,9 | 150,5 |
| 195   | 76,0  | 95,1  | 114,1 | 152,1 |
| 196   | 76,8  | 96,0  | 115,2 | 153,7 |
| 197   | 77,6  | 97,0  | 116,4 | 155,2 |
| 198   | 78,4  | 98,0  | 117,6 | 156,8 |
| 199   | 79,2  | 99,0  | 118,8 | 158,4 |
| 200   | 80,0  | 100,0 | 120,0 | 160,0 |

Für die Anwendung des Körpermassenindex (BMI) in der Praxis dient die Zusammenstellung der Grenzwerte in Tabelle 2.

Unter biophysiologischen Gesichtspunkten erfolgt eine weitere wichtige *Unterteilung* der Adipositas in eine «*Birnenform*» (gynoid bzw. Oberschenkelbetonte) und eine «*Apfelform*» (androide bzw. Bauchbetonte). Wie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, ist das Gesundheitsrisiko des Übergewichtigen vom Fettverteilungstyp abhängig. Bei der androgenen Form der Adipositas treten z. B. häufiger Hyperinsulinämie, Arteriosklerose und Hypertonie auf als bei der gynoiden Form (MÜLLER et al., 1990; GOTTFRIED et al., 1990). Neben dem klinischen Eindruck verhilft das Verhältnis von Taillenumfang zu Hüftumfang «Waist-to-Hip-Ratio» (WHR), die beiden Adiposistypen zu differenzieren. MÜLLER et al. (1990) sehen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko bei einem WHR >1 für Männer und >0,85 für Frauen. Diese Einteilung ist insofern bedeutsam, als auch bei drastischer Gewichtsabnahme das Fettverteilungsmuster erhalten bleibt und, wohl aufgrund unterschiedlicher hormoneller Steuerung, «birnenförmig» Adipöse schlechter abnehmen als «apfelförmig» Übergewichtige (GOTTFRIED et al., 1990).

### 3.2 Epidemiologie

Präzise Informationen über die Häufigkeit der Adipositas durch Untersuchung größerer Bevölkerungsgruppen liegen nicht vor, aber eine Vielzahl von Stichprobenerhebungen, die zu ziemlich zuverlässigen Prävalenzschätzungen führen. In der BRD ist von einer Adipositas-*Prävalenz* von etwa 35 Prozent (28 Millionen Menschen) auszugehen. Unter einem starken Übergewicht (BMI > 30) leiden etwa 10 Prozent der Bevölkerung, also etwa 8 Millionen Menschen. Des weiteren zeigen die Befunde, daß Frauen etwas häufiger und stärker als Männer betroffen sind und beide Geschlechter mit zunehmendem Alter «dicker» werden. In den Industrienationen wurde ferner immer wieder eine negative Korrelation zwischen Übergewicht und *sozialer Schichtzugehörigkeit* gefunden. STUNKARD und PUDEL (1990)

verweisen u. a. auf eine repräsentative Erhebung bei einer Stichprobe von 1920 Personen aus dem Jahre 1970, die zeigt, daß 40 Prozent der Frauen (46 % der Männer) mit Volksschulabschluß und nur 6 Prozent der Frauen (23 % der Männer) mit Abitur unter Übergewicht leiden. Dieser Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Übergewicht belegt, daß soziale Determinanten wie Nahrungsauswahl und Ernährungsverhalten, Gesundheitsbewußtsein und -verhalten sowie das schichtspezifische Ansehen der «Adipösen» zur Entstehung bzw. Verhinderung der Adipositas maßgeblich beitragen. Bezieht man andere Kulturen und noch Länder mit Problemen in der Ernährung der Bevölkerung mit ein, dann wird die Bedeutung der sozialen Umgebung noch deutlicher. STUNKARD und PUDEL (1990) folgern zu Recht, daß die Adipositas in ungewöhnlichem Maße durch das gesellschaftliche Umfeld bestimmt wird.

### 3.3 Symptomatik

Die Gemeinsamkeit aller unter die Eßstörungen zu subsumierenden Adipösen besteht zweifelsohne in einer zumindest zeitweisen *überkalorischen Ernährung*, d. h. eine den individuellen Kalorienbedarf übersteigenden Kalorienzufuhr. Alle Versuche, präzisere Beschreibungen bzw. Charakterisierungen zu geben, die für alle Adipösen gelten und für Normalgewichtige nicht zutreffen, sind als gescheitert anzusehen. Zunehmend wird die Adipositas nicht mehr als ein einheitliches Krankheitsbild, sondern als eine heterogene Störung aufgefaßt. Die konsequente Weiterentwicklung dieses Gedankens würde zu einer Unterteilung der Gesamtgruppe der Übergewichtigen in verschiedene – jeweils spezifisch definierte – *Untergruppen* führen, was bislang aber nur ansatzweise realisiert wurde. Durchgesetzt hat sich heute eine Einteilung der Adipösen in *mäßig Übergewichtige* (bis BMI 30) und *stark Übergewichtige* (mit BMI > 30), ferner die auch schon beschriebene Differenzierung in *androide* und *gynoid*e Adipositas. Hinzu kommt die Charakterisierung und Definition von Teilgruppen Adipöser, wie dies z. B. STUNKARD und PUDEL (1990) vorneh-

men. Sie unterscheiden Adipöse mit dem *Syndrom nächtlichen Essens* (night-eating syndrome), was nach ihren Erfahrungen etwa 10 Prozent der Übergewichtigen betrifft, ferner das *Syndrom der Freßorgien* (binge eating) bei etwa 5 Prozent und letztlich Adipöse mit *Störung des Körperschemas*. Übergewichtige mit dieser Störung erleben ihren Körper als ekelregend und abstoßend und sich selbst von anderen mit Verachtung betrachtet. Der emotional gesunde Adipöse weist keine derartige Störung des Körperschemas auf.

Adipöse, bei denen fast ständig Appetitempfindungen bestehen, können als «*Daueresser*» in Erscheinung treten und zeichnen sich nicht selten durch eine subeuphorische Stimmungslage aus. Und schließlich kann es erst während des Eßvorganges zu einer erhöhten Appetenz kommen, die einen Verzehr größerer Nahrungsmengen bedingt; gleichzeitig scheint die Sättigungsempfindung herabgesetzt zu sein (*eating without satiation*; s. FREYBERGER, 1971). Eine weitere wichtige Teilgruppe der Adipösen sind diejenigen, die weniger an ihrem Eßverhalten als an Krankheiten und Beschwerden leiden, die eine *Folge des Übergewichts* sind. Die Liste der aufgezählten Krankheiten und Gesundheitsrisiken des Übergewichts ist lang; in der einschlägigen Literatur werden als wichtigste genannt: Bluthochdruckerkrankung, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, vorzeitige Sklerose des Gefäßsystems, Fettstoffwechselstörungen, Bindegewebsschwäche, Arthrosen und degenerative Wirbelsäulen-Beschwerden (GOTTFRIED et al., 1990). Auf die Untergruppe der Adipösen, die unter psychischen Störungen leiden, wird im folgenden ausführlicher eingegangen.

### 3.4 Pathogenese und Psychosomatik

Als *Ursache* der Adipositas sind bislang genetisch-physiologische, soziokulturelle und psychische Determinanten bekannt, die bei entsprechend starker Ausprägung jede für sich oder in komplexer Wechselwirkung zur Adipositas führen können. Bei jedem Menschen besteht ein individuell eigenes Wirk- und Ausprägungsmuster dieser drei Determinan-

ten und damit eine große Bandbreite der möglichen Verursachungen der Adipositas.

*A: Genetisch-physiologische Determinanten.* Wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, daß das *Erbgut* einen wesentlichen Einfluß darauf hat, welches Gewicht ein Mensch erreicht und ob überzählige Kalorien im Fettgewebe angelegt oder «verbrannt» werden. Dies entspricht auch der Alltagserfahrung, daß bestimmte Menschen viel essen können, ohne – vor allem bei gesteigertem Bewegungsdrang – zuzunehmen. Des weiteren deuten Untersuchungsergebnisse darauf hin, daß jede durch eine Reduktionsdiät herbeigeführte Gewichtsabnahme zu einer Adaptation des Stoffwechsels an die verknappte Energiezufuhr führt. Ehemals Übergewichtige mit erfolgreich reduziertem Gewicht haben wahrscheinlich einen reduzierten Energieumsatz im Sinne einer «Sparbrennerwirkung» (s. LEIBEL u. HIRSCH, 1984). Ferner widerlegten Experimente mit Kalorienrestriktion die populäre Annahme der «beliebigen Beeinflussung» des Körpergewichts. Schon in der bekannten Minnesota-Studie zeigten KEYS et al. (1950), daß eine Kalorienreduzierung von 50 Prozent über 6 Monate zu einer Gewichtsabnahme von etwa 25 Prozent führt. Entsprechend verliefen die Experimente mit Freiwilligen, bei denen eine starke Erhöhung der Kalorienzufuhr erfolgte, welche aber nur zu einer Gewichtszunahme von 5 bis 25 Prozent der zusätzlichen Kalorien führte (s. GARNER et al., 1991). Diese Befunde belegen die Widerstandskraft des Körpers gegenüber Gewichtsänderungen und lassen die Schlußfolgerung zu, daß sich das Körpergewicht (bei nicht extremer Veränderung der Kalorienzufuhr) nicht linear manipulieren läßt. Offenbar existieren physiologische und psychologische Gegenregulationsmechanismen, die z.B. über Körpertemperatur und Motorik in Richtung einer Gewichtskonstanz wirken. Zu vermuten ist, daß es sich um eine evolutionsgeschichtlich zweckmäßige Entwicklung handelt, die es der Spezies der Hominiden erlaubte, den katastrophalen Wechsel von Hungersnöten und Nahrungsüberfluß zu überleben.

*B: Soziokulturelle Determinanten.* In den Nachkriegsjahren wurden eine starke Zunahme der Prävalenz der Adipositas festgestellt und die möglichen negativen Folgen für die Gesundheit erkannt. Dies führte später zu Aufklärungsmaßnahmen, und den Menschen wurde nun ein bestimmtes Gewicht – das «Idealgewicht» – empfohlen, das damals mit 15 Prozent für Frauen und 10 Prozent für Männer unterhalb des Broca-Referenzgewichtes (Normalgewichtes) festgesetzt wurde. Dadurch entstand ein sozialer Druck zum niedrigen Körpergewicht, und das Schlankheitsideal wurde eine gesellschaftliche Normvorgabe. In der Bevölkerung – unterstützt auch durch Experten – verbreitete sich immer mehr die Überzeugung, daß durch bewußte Steuerung der Energieaufnahme eine «nahezu beliebige Gewichtsabnahme» möglich, und es nur eine Frage der richtigen Diät oder des eigenen Durchhaltevermögens sei, um dieses Idealgewicht zu erreichen. Als Folge der neuen Norm wurde Übergewicht als persönliche Willensschwäche und persönlicher Makel gewertet. In den letzten Jahren standen vor allem die Frauen unter diesem Schlankheitsdruck, der bei ihnen zu einem kollektiven Diätverhalten führte (WESTENHÖFER u. PUDEL, 1989). Ein weiterer gesellschaftlich mitbedingter Faktor für die Zunahme von Adipositas besteht – neben dem erhöhten Alkoholkonsum – in dem Mangel an körperlicher Bewegung in der Wohlstandsgesellschaft, der erheblich dazu beiträgt, daß das Übergewicht zu einem öffentlichen Gesundheitsproblem geworden ist (STUNKARD u. PUDEL, 1990).

*C: Psychische Determinanten.* Nahezu übermenschliche Aufgabe einer Mutter ist, die verschiedenen Verhalten ihres Neugeborenen/Säuglings empathisch zu verstehen und entsprechend zu beantworten. Ist ihm kalt oder zu warm? Leidet er an Blähungen oder Fieber oder an «Zahnen»? Hat er Hunger oder langweilt er sich und möchte durch das Zimmer getragen werden? Nahe liegt der Mutter die Verkennung, solche Zustände als Hunger mißzuverstehen, dies um so mehr, als *Fütterung* – ob Hunger vorhanden oder nicht – dank Befriedigung oder dank Nähe eine *beruhigende Wirkung* erzielt. Geschieht dies häu-

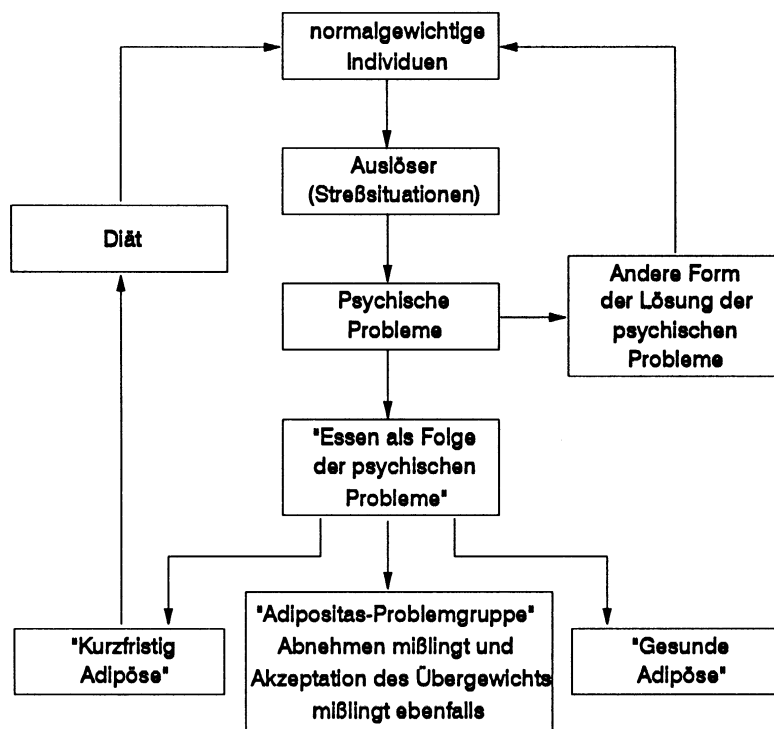


Abbildung 5: Psychologisches Entstehungsmodell der Adipositas.

figer, wird im Säugling oder Kleinkind die Konditionierung «Essen hilft für nahezu alles» gestiftet. Frühe Überernährung hat wiederum biologische Konsequenzen, weil Übergewicht mit Beginn in der Kindheit oder im Jugendlichenalter mit einer Zunahme der Zahl der Fettzellen verbunden zu sein scheint. Bei einer im Erwachsenenalter einsetzenden Adipositas kommt es überwiegend nur noch zu einer Größenzunahme der Fettzellen (GLUCKSMAN, 1972).

Natürlich kann auch im späteren Alter und unabhängig von der Mutter ein Kind oder Jugendlicher die Erfahrung machen, daß Enttäuschung, Niedergeschlagenheit und noch andere Spannungen durch Essen gemildert werden. Oder der Jugendliche kann antizipieren, daß Übergewicht vor sexuellen Angeboten schützt, oder daß er damit eine «gewichtige» Persönlichkeit darstellt.

Die Grundidee des psychologischen Zuganges zur Erklärung der Adipositas besteht dementsprechend darin, daß ein Mensch infolge seelischer Probleme – zumindest eine

gewisse Zeit – mehr ißt, als er an Nahrung benötigt, und deshalb zunimmt (vgl. Abb. 5). Das normalgewichtige Kind oder der Erwachsene wird mit Konflikten konfrontiert, als auslösende Ursache werden in der Literatur Objektverlusterlebnisse wie die Trennung von den Eltern oder vom Partner oder auch länger andauernde Streßsituationen im privaten oder beruflichen Bereich genannt, die nun zu psychischen Spannungen und seelischen Problemen führen. Ein großer Teil der Menschen wird andere Wege als vermehrtes Essen finden, um diese psychischen Spannungen und seelischen Probleme zu verarbeiten, und damit normalgewichtig bleiben. Bei einer gewissen Gruppe von Menschen führen diese seelischen Probleme nun zum vermehrten Essen, weil dies zum einen zu einer zumindest kurzfristigen Spannungsreduktion führt und für sie «Essen» zum anderen eine symbolische (meist unbewußte) Bedeutung hat. Essen kann «Liebe und Geborgenheit» bedeuten, es kann für Schmerzen, Verluste oder Enttäuschungen entschädigen, was bei einer Gruppe



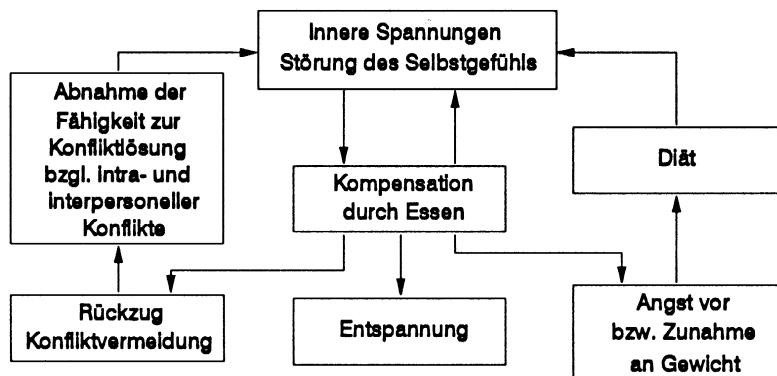


Abbildung 6: Modell zur Aufrechterhaltung der Adipositas.

der später Adipösen sicherlich ein Verhaltensmuster ist, das schon in der Kindheit erlernt wurde (s. FREYBERGER, 1983).

Psychoanalytisch läßt sich dieses Verhaltensmuster mit Hilfe des Konzeptes der *Fixierung auf die orale Stufe* der Triebentwicklung verstehen (s. WESIACK, 1989). Eine orale Fixierung kann dadurch entstehen, daß die Eltern überwiegend das «Füttern des Kindes» zum Ausdrucksmittel ihrer emotionalen Zuwendung machen bzw. es eine Art «Wiedergutmachung» für zu wenig innere Zuwendung darstellt. Dadurch kommt die schon beschriebene symbolische Gleichsetzung von «Essen» und «Liebe» zustande, die bei psychischen Problemen zu einer Sehnsucht nach liebevoller Zuwendung und zu einer Regression mit einem «oralen Bewältigungsversuch» durch Essen mit der Umsetzung in «Sich-selbst-Füttern» führt.

Wie klinische Erfahrungen zeigen, dient das Essen und das sich daraus bildende Übergewicht bei manchen Patienten unbewußt auch als Schutz vor intimer Nähe oder drückt bei Frauen eine Abwehr der weiblichen Rolle aus. Wie die Abbildung 5 weiter zeigt, ergibt sich im weiteren Verlauf eine unterschiedliche Entwicklung für die nun übergewichtigen Patienten. Einer Teilgruppe dieser Patienten gelingt es durch Diät relativ schnell, wieder das Normalgewicht zu erreichen. Einer anderen Untergruppe fällt es nicht schwer, sich mit dem Übergewicht zu arrangieren und aufgrund der Lösung der seelischen Probleme oder infolge der Möglichkeit, seelische Probleme wieder anders zu

lösen, das Gewicht zu halten und nunmehr adipös, aber eigentlich frei von einer ausgeprägten Eßstörung zu sein. Eine dritte Gruppe stellt die eigentliche «*Problemgruppe*» dar. Das sind die Patienten, denen es entweder nicht gelingt abzunehmen oder die ihr Übergewicht nicht akzeptieren können, weil aus medizinischen Gründen oder aus ihrer eigenen Sicht eine Gewichtsreduktion notwendig ist. Für diese Patientengruppe läßt sich nun der «Adipositaskreisprozeß» weiter formulieren. In Anlehnung an HOHAGE und HAISCH (1991) wird ein etwas modifiziertes Modell zur Aufrechterhaltung der Adipositas vorgestellt (Abb. 6), das wesentliche Befunde integriert und aufgrund seines Abstraktionsniveaus eine umfassendere Gültigkeit beanspruchen kann. Das Modell beschreibt das «seelische Funktionieren» dieser Patientengruppe.

Diese Problemgruppe von Adipösen leidet an seelischen Problemen mit einer *Störung des Selbstwertgefühls*, d. h. einer Störung des seelischen Gleichgewichtes mit inneren Spannungen infolge intrapsychischer (Trieb- bzw. narzißtischer) und interpersoneller Konflikte (vgl. HOHAGE u. HAISCH, 1991). Typisch für diese Adipösen ist nun, daß sie diese Störung des inneren Gleichgewichts durch Essen zu mildern versuchen. Verstehen läßt sich das z. B. anhand des schon beschriebenen Konzeptes der Regression und oralen Fixierung bzw. verhaltenstherapeutisch durch Modellernen, operante Verstärkung oder als Folge irrationaler Kognitionen. Die vorgenommene Spannungs- bzw. Selbstregulation mit Essen führt zumin-

dest anfangs zu einer Beruhigung und bedeutet gleichzeitig entweder einen Rückzug von interpersonellen Konflikten (Verminderung nach außen gerichteter Aktivitäten) und/oder eine Kapitulation vor inneren Konflikten, was zu einer Ich-Schwächung führt (vgl. Abb. 6). Wird Essen zur bevorzugten Konfliktlösungsstrategie mit den eben genannten negativen Folgen für die psychischen Funktionen und die Konfliktlösungsfähigkeit, dann folgt daraus eine Verstärkung der inneren Spannungen mit einer Verstärkung der Störung des Selbstwertgefühls. Die Kompensation durch Essen hat aber auch noch einen anderen Kreisprozeß zur Folge. Das Essen führt zu einer Angst vor weiterer Zunahme und zu einer weiteren Gewichtszunahme. Neue Diätvorsätze werden gefaßt, was wieder zu einer Zunahme der inneren Spannungen führt. Somit wirken die unerwünschten Nebenwirkungen des Essens nicht mehr als Bremse, sondern unterstützen das gestörte Eßverhalten im Sinne eines Selbstverstärkungsmechanismus (HOHAGE u. HAISCH, 1991).

### 3.5 Psychotherapie/Prognose

Für den Übergewichtigen gibt es eine Vielzahl von Behandlungsangeboten, die von Anleitungen in Büchern, Kursen in Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen und von Ernährungsberatung bis hin zur ambulanten und stationären Psychotherapie reichen. Angesichts des Aufwandes an Engagement bei Beratern, Therapeuten, Ärzten und nicht zuletzt den Betroffenen, die sich oft jahrelang mit Diäten «plagen», ist es erstaunlich, wie negativ die Erfolge all dieser Maßnahmen bewertet wurden. Das Fazit bis noch vor wenigen Jahren war: Die meisten Adipösen kommen nicht in die Behandlung; von denen, die eine Behandlung beginnen, brechen die meisten die Behandlung ab; von denen, die in Behandlung bleiben, verlieren die meisten kaum Gewicht; die meisten, die Gewicht verlieren, nehmen wieder zu (PAUL u. JACOBI, 1989; STUNKARD u. PUDEL, 1990). Nachdem die psychoanalytische Methode zur Behandlung der Adipositas ziemlich schnell als wenig effektiv erkannt wurde, zumindest auf der Symptomebene,

schien die Verhaltenstherapie für einige Zeit die «Methode der Wahl» für Übergewichtige zu sein. Dies bestätigte sich jedoch nicht, und Verhaltenstherapeuten selbst ziehen das folgende Resumé: «Während die Verhaltenstherapie noch vor 20 Jahren euphorisch glaubte, schlüssige Erklärungskonzepte und Behandlungsstrategien anbieten zu können, ist heute eher eine allgemeine Resignation zu spüren, da langanhaltende Therapieerfolge nur in den wenigsten Fällen erreicht werden konnten. In den nächsten Jahren werden verstärkte Bemühungen notwendig sein, um differentielle Therapieangebote für unterschiedlich Betroffene zu erarbeiten» (PAUL u. JACOBI, 1989, S. 332).

Angesichts der geschilderten Schwierigkeiten bei der Therapie der Adipositas verwundert nicht, daß zum Teil dramatische Interventionen versucht wurden, deren radikalste die Jejunioileostomie gewesen ist. Heute wird von chirurgischer Seite noch die vertikale Magenplastik durchgeführt, bei der das funktionelle Magenvolumen verkleinert wird, so daß nur kleine Nahrungsmengen aufgenommen werden können. Eine Verkleinerung des Magenvolumens wird auch durch Einlegen eines Magenballons angestrebt, eine von endoskopisch tätigen Gastroenterologen angewendete Methode mit geringerer Gewichtsabnahme als nach plastischer Magenoperation und deutlich höheren Nebenwirkungen (DITSCHUNEIT, 1992).

Aus den schlechten Evaluationsergebnissen und den mittlerweile erkannten *Behandlungsfehlern*, z.B. als Ziel der Gewichtsabnahme das Idealgewicht zu setzen, schnelle Gewichtsabnahme erzielen zu wollen, unzureichendes Verständnis der biologischen, sozialen und psychischen Determinanten und deren Interaktion, lernten auch die Psychotherapeuten, und zwar überwiegend die Verhaltenstherapeuten, die dieses Arbeitsgebiet mittlerweile fest in der Hand hatten, aber auch diejenigen Psychoanalytiker, die weiter mit Adipösen arbeiteten. Angesichts der Bedeutung des psychoanalytischen Ansatzes gerade auch zur Behandlung Adipöser, wie sie RAND und STUNKARD (1978) sowie HOHAGE und HAISCH (1991) aufzeigen, erweist sich das pauschale Urteil, daß die psychoanalytische Behandlung bei Adipösen nicht indiziert sei, als nicht mehr gerechtfertigt. Eine analytisch orientierte Behandlung der Adipositas kann dann erfolgreich sein, wenn sie die

Tabelle 3: Indikationsschema zur Behandlung der Adipositas (nach MÜLLER et al., 1990).

|   | Übergewicht |       |            |
|---|-------------|-------|------------|
|   | leicht      | stark | sehr stark |
| <i>Therapie</i>   |             |       |            |
| Informations- u. Beratungsgespräch                                      | +/++        | ++    | ++         |
| Diät  | +           | +/++  | ++         |
| körperliches Training   | +           | +     | 0/+/?      |
| Medikamente   | 0           | 0     | ?          |
| Magenballon   | 0           | 0     | ?          |
| chirurgische Behandlung   | 0           | 0     | 0          |
| Selbsthilfegruppen  | +           | +     | ?          |
| verhaltenstherapeutische Techniken                                      | +           | ++    | ++         |
| stationäre Behandlung   | 0           | 0/(+) | +/(++)     |
| <i>Psychotherapie</i>   |             |       |            |
| diagnostisches Gespräch   | 0           | 0     | +          |
| falls psychische Probleme deutlich sind bzw. Behandlung scheitert, dann |             |       |            |
| diagnostische Gespräche   | +           | ++    | ++         |
| ergänzende Psychotherapie   | 0           | ?     | +          |
| Psychotherapie, falls psychische Probleme deutlich sind                 | +/++        | ++    | ++         |

++ notwendig; + empfohlen; ? fraglich; 0 nicht notwendig

Eigendynamik der Eßstörung (vgl. Abb. 6) angemessen berücksichtigt und zumindest anfangs symptomzentrierte Interventionen – durchaus in einem psychoanalytischen Verständnis – einbezieht. Bestätigung findet diese These in den *Behandlungsergebnissen* einer Katamnesestudie aus der psychoanalytisch orientierten Klinik Schömberg (SCHMID-OTT et al., 1993), die bei 42 adipösen Patienten eine durchschnittliche Gewichtsabnahme während der Behandlung von 5,7 kg ergaben, welche auch bei der Nachuntersuchung noch festgestellt werden konnte. ZUBER et al. (1992) berichten von einem verhaltenstherapeutisch orientierten ambulanten halbjährigen Gruppenansatz für Patienten mit erheblichem Übergewicht. Bei Therapieende lag die Gewichtsabnahme im Mittel bei 11,5 kg. Die Ergebnisse der Langzeitkatamnese (durchschnittliche Katamnesezeitraum 3,0 Jahre) zeigten, daß etwa ein Drittel der Patientinnen das bei Therapieende erreichte Gewichtsniveau halten konnte, während zwei Drittel im Katamnesezeitraum wieder erheblich zunahm. Die verbliebene mittlere Gewichtsabnahme von 4,6 kg war als klinisch relevant einzuschätzen.

Mittlerweile kann insgesamt aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und reichhaltiger Therapieerfahrungen, die zu einer Veränderung von Behandlungskonzepten führten, von einer besseren Prognose der Adipositas ausgegangen werden, wenn eine adäquate Behandlung erfolgt. Wie STUNKARD und PUDEL (1990) feststellen, konnte die Abbrecherquote auf etwa 15 Prozent verringert werden. Die erreichten Gewichtsverluste sind von mittlerer Größe, z. B. wird bei 8 bis 12 Wochen Therapiedauer in der Regel ein Gewichtsverlust von 4 bis 5 kg erreicht (PAUL u. JACOBI, 1989), und eine gute Stabilität der Gewichtsabnahme konnte nachgewiesen werden. Ferner zeigt sich eine bemerkenswerte Variabilität der Gewichtsverluste bei verschiedenen Patienten, was nochmals auf die Bedeutung der biophysiologischen Mechanismen hinweist.

In enger Anlehnung an MÜLLER et al. (1990) stellen wir in Tabelle 3 ein Indikationsschema vor, das im Bereich der Psychotherapie von uns ergänzt und modifiziert wurde.

Das Basiselement der Behandlung der Adipositas ist das *Informations- und Beratungsgespräch*, das durch einen kompetenten Arzt

oder Ernährungsberater durchgeführt wird. Erste Aufgabe dieses Gesprächs ist eine ausführliche Diagnostik und Anamnese der Adipositas mit ihrer Typisierung unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten: Familienanamnese der Adipositas; Änderung des Körpergewichts von Kindheit über Pubertät bis hin zur Gegenwart; Beschreibung des Eßverhaltens, der Nahrungsauswahl und Feststellung der vorhandenen Folgeerscheinungen der Adipositas.

Der zweite wichtige Bestandteil des Gesprächs ist eine *Beratung* (gegebenenfalls auch unter Einbeziehung des Partners), d. h. eine gründliche Information des Patienten über die biophysiologischen Grundlagen der Adipositas, über die soziokulturellen Faktoren, über psychische Faktoren und über die wirksamen und unwirksamen Behandlungen, nicht abstrakt und allgemein, sondern bezogen auf den Informationsstand und die spezifischen Erfahrungen des betroffenen Patienten. Zwei Beispiele zur Verdeutlichung: Eine übergewichtige Frau, die zur Gewichtskontrolle für mehrere Tage in monatlichen Abständen eine «Nulldiät» einhält, ist beispielsweise darüber zu informieren, daß zumindest eine modifizierte Nulldiät mit Zufuhr von Vitaminen und Elektrolyten (Kalium) sowie täglich 50 g eines Aminosäurengemisches, um die Proteinreserven des Organismus zu schonen, durchgeführt werden sollte. Auch ist darauf hinzuweisen, daß eine tagelange Nulldiät zu einer Reduktion des Ruhestoffwechsels von 1600 kcal auf etwa 1200 kcal führt, wobei sich der Kalorienbedarf bei erneuter Nahrungsaufnahme nur langsam steigert, was bei gleicher Ernährung wie vor der Diät schon in kurzer Zeit wieder zu einer Gewichtszunahme führt. Die Patientin sollte schließlich über die sinnvollere Methode der Gewichtsreduktion und -stabilisierung, nämlich eine langfristige Ernährungsumstellung mit mehr Gemüse und frischem Obst, weniger Süßigkeiten, weniger Alkohol und weniger fettreichen Nahrungsmitteln, informiert werden. Bei einem stark übergewichtigen Patienten, dem aufgrund einer Kniearthrose eine Gewichtsreduktion empfohlen wird, der sich aber sonst mit seinem Gewicht wohl fühlt, können medizinische Erklärungen die Behandlungsmotivation

fördern. Der Arzt kann dem Patienten z. B. Röntgenbilder seiner Kniegelenke und zum Vergleich Aufnahmen von gesunden Kniegelenken zeigen und so verdeutlichen, daß der Verschleiß von der Belastung der Kniegelenke abhängt und durch eine Gewichtsreduktion verringert werden kann.

Im letzten Teil des Gesprächs wird es um eine realistische *Behandlungsplanung* gehen. Angesichts der gegenwärtig guten Behandlungsangebote ist davon auszugehen, daß dem Patienten eine adäquate Behandlung empfohlen werden kann und daß diese wiederum zu einem recht guten Erfolg führt, d. h. zu einer Gewichtsabnahme, die dem Patienten aufgrund seiner biophysiologischen, psychischen und sozioökonomischen Bedingungen möglich ist. Die Betreuung des Patienten kann in Einzelgesprächen oder in Gruppen erfolgen. Neben weiterer Information geht es auch um die Vermittlung von verhaltenstherapeutischen Techniken zur Veränderung des Eßverhaltens. Dazu zählen die Protokollführung über das Eßverhalten (einschließlich der flüssigen Kalorien), Stimuluskontrolltechniken (z. B. Einkaufsliste oder Einkauf nach dem Essen), Techniken zur Änderung des Eßverhaltens sowie Belohnungsstrategien zur Bekräftigung des veränderten Verhaltens und kognitive Techniken wie z. B. Selbstinstruktionstechniken (PAUL u. JACOBI, 1989).

Die Untergruppe der Adipösen, bei denen *manifeste psychische Probleme* vorliegen, bedarf einer fachkundigen Diagnostik bei einem Psychotherapeuten oder in einer psychosomatischen Poliklinik. Bei diesen Patienten sollten in einem psychodynamischen Interview anhand der Lebensgeschichte die psychischen Probleme und – auch unbewußten – Konflikte herausgearbeitet werden, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Übergewichts beitragen. Ein ähnliches Ziel wird durch die Verhaltensanalyse erreicht, die sich auf bewußte Prozesse und die Lerngeschichte bezieht. In Abhängigkeit von den Ergebnissen des diagnostischen Gesprächs sollte dann ergänzend zur symptomzentrierten Behandlung, z. B. Teilnahme an einer durch einen Ernährungsberater geführten Gruppe zur Gewichtsreduktion, eine spezifisch auf die individuelle Problematik des Patienten abgestimmte Psy-

chotherapie oder eine integrierte Behandlung erfolgen, die sowohl symptombezogene Aspekte als auch die der Erkrankung zugrundeliegenden Probleme und Konflikte bzw. perpetuierenden Faktoren erfaßt, was derzeit z. B. bei allen stationären Behandlungen in psychosomatischen Kliniken der Fall ist.

## Literatur

- ABRAHAM SF, MIRA M, LLEWELLYN-JONES D: Bulimia: A study of outcome. *Int J Eat Dis* 2, 175–180, 1983
- BERNS U, LIEDTKE R: Analytisch orientierte Psychotherapie der Anorexia nervosa auf der psychosomatischen Station. In MEERMANN R (Hrsg.) *Anorexia nervosa: Ursachen u. Behandlung*, S. 143, Enke, Stuttgart 1981
- BRUCH H: *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic, New York 1973
- BRUCH H: *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Fischer, Frankfurt a. M. 1980
- BURZIG G: Anorexia nervosa beim Mann: Diagnostische Überlegungen anhand von 20 Fällen. *Therapiewoche* 31, 971–978, 1981
- COMERCI GD: Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Adolescent Med* 74, 1293–1310, 1990
- COOPER PJ, FAIRBURN CG: Binge-eating and self-induced vomiting in the community. A preliminary study. *Brit J Psychiatry* 142, 139–44, 1983
- COX GL, MERKLE WT: A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. *J Nerv Ment Dis* 177, 77–84, 1989
- CRISP AH, KALUCY RS, LACEY JH, HARDING B: The long-term prognosis in anorexia nervosa: Some factors predictive of outcome. In VIGERSKY RA (ed) *Anorexia nervosa*, p. 55, Raven Press, New York 1977
- DAVIS R, FREEMAN RJ, GARNER DM: A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 56, 273–279, 1988
- DETER HC: The Anorexia Nervosa Symptom Score: A multidimensional tool for evaluating the course of anorexia nervosa. In HERZOG W, DETER HC, VANDEREYCKEN W (eds) *The course of eating disorders*, p. 40, Springer, Berlin 1992
- DETER HC, PETZOLD E, HEHL FJ: Differenzierung der Langzeitwirkungen einer stationären psychosomatischen Therapie von Anorexia-nervosa-Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 35, 68–91, 1989
- DILLING H, MOMBOUR W, SCHMIDT MH (Hrsg.) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Huber, Bern 1991
- DIPPEL E, SCHNABEL E, BOSSERT S, KRIEG JC, BERGER M: Vom Lernprozeß im Umgang mit bulimischen Patienten. Ein Plädoyer für eine symptom- und konfliktzentrierte Therapie. *Prax Psychother Psychosom* 33, 21–34, 1988
- DITSCHNEIT H: Adipositas. In KRÜCK F (Hrsg.) *Therapieshandbuch*, S. 6, Urban & Schwarzenberg 1992
- DRENOWSKI A, HOPKINS SA, KESSLER RC: The prevalence of bulimia nervosa in the US college student population. *Am J Public Health* 78, 1322–1325, 1988
- ENGEL K, MEYER AE: Therapie schwer erkrankter Anorexie-Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 37, 220–248, 1991
- ETTL TH: Bulimia nervosa – die heimliche unheimliche Aggression. *Z Psychoanal Theorie Prax* 3, 48–76, 1988
- FAIRBURN CG: The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa. *J Psychosom Res* 32, 635–645, 1988
- FAIRBURN CG, COOPER PJ: The clinical features of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 144, 238–246, 1984
- FICHTER MM: *Magersucht und Bulimia*. Springer, Berlin 1985
- FREYBERGER H: Psychosomatische Beziehungen und psychotherapeutische Möglichkeiten bei der Fettsucht. In BOECKER W (Hrsg.) *Fettsucht – Gicht*, S. 98, Thieme, Stuttgart 1971
- FREYBERGER H: Gastroenterologische Erkrankungen. In HAHN P (Hrsg.) *Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. 1, S. 414, Beltz, Weinheim 1983
- GARFINKEL PE, GARNER DM, RODIN G: Anorexia nervosa, Bulimie. In KISKER KP, LAUTER H, MEYER JE, MÜLLER C, STRÖMGREN E (Hrsg.) *Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie*, S. 103, Springer, Berlin 1986
- GARNER DM, GARFINKEL PE: Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 10, 647–656, 1980
- GARNER DM: Therapeutic outcomes of different treatments with bulimia nervosa. *Psychother Psychosom* 41, 121–124, 1987
- GARNER DM, ROCKERT W, OLMSTEDT P, JOHNSON C, COSCINA DV: Die Auswirkungen von Diät und Hungern auf das Verhalten. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 24, Springer, Berlin 1991
- GARNER DM: Soziokulturelle Aspekte bei Eßstörungen. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 11, Springer, Berlin 1991
- GLUCKSMAN ML: Psychiatric observations on obesity. *Adv Psychosom Med* 7, 194–216, 1972
- GOTTFRIED W, OLIVET HP, ZIELKE M: «Äpfel und Birnen»: Klinisch-medizinische Aspekte der Adipositas-therapie. In ZIELKE M, MARK N (Hrsg.) *Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin*:

- Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation, Bd. I, S. 102, Springer, Berlin 1990
- HABERMAS T, MÜLLER M: Das Bulimie-Syndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. *Nervenarzt* 57, 322–331, 1986
- HABERMAS T, NEUREITHER U, MÜLLER M, HORCH U: Ist die Bulimie eine Sucht? Zur Verlaufsdynamik der symptomzentrierten Bulimiebehandlung. *Prax Psychother Psychosom* 32, 137–146, 1987
- HOHAGE R, HAISCH I: Die Integration von verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Therapieelementen bei der Gruppentherapie von Adipositas-Patienten. *Prax Psychother Psychosom* 36, 132–142, 1991
- JÄGER B, LIEDTKE R, KÜNSEBECK HW, SEIDE L, LEMPA W: Everyday addictive behavior of bulimic women. *Psychother Psychosom* 56, 64–69, 1991
- KEYS A, BROZEB J, HENSCHEL A, MICHELSEN O, TAYLOR HL: The biology of human starvation. University of Minnesota Press, Minneapolis 1950
- KÖHLE K, SIMONS C: Anorexia nervosa. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONECKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIACK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 4. Aufl., S. 582, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- LACEY H: Bulimia nervosa, binge-eating and psychogenic vomiting: A controlled treatment study and long term outcome. *Br Med J* 286, 1609–1613, 1983
- LAESSLE RG, SCHWEIGER U, TUSCHL RJ, PIRKE KM: Psychobiologische Aspekte bei Eßstörungen. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 55, Springer, Berlin 1991
- LEIBEL R, HIRSCH J: Diminished energy requirements in reduced-obese patients. *Metabolism* 33, 164–170, 1984
- LEVY AB, DIXON KN, STERN SL: How are depression and bulimia related. *Am J Psychiatry* 146, 162–169, 1989
- LIEDTKE R: Strukturelle Grundlagen und therapeutische Praxis in der stationären Psychotherapie psychosomatisch erkrankter Patienten. *Gruppenpsychother Gruppendynamik* 22, 138–150, 1986
- LIEDTKE R, JÄGER B, KÜNSEBECK HW, BUHL R, KERSTING A: Bulimien mit und ohne Vorgeschichte einer Anorexie: Varianten oder Entitäten? *Psychother Psychosom Med Psychol* 40, 271–277, 1990
- LIEDTKE R, JÄGER B, LEMPA W, KÜNSEBECK HW, GRÖNE M, FREYBERGER H: Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: Preliminary results of a controlled study. *Psychother Psychosom* 56, 56–63, 1991
- LIEDTKE R, LÖNS P, LEMPA W, KÜNSEBECK HW, JÄGER B: Katamnestic Untersuchung von 39 Patientinnen mit Anorexia nervosa 2 bis 9 Jahre nach stationärer analytisch orientierter Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 459, 1991
- LINDHOLM L, WILSON GT: Body image assessment in patients with bulimia nervosa and normal controls. *Int J Eat Dis* 7, 527–539, 1988
- MEERMANN R, VANDEREYCKEN W: Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. De Gruyter, Berlin 1987
- MEYER AE: Psychopathologische Differentialdiagnose: Bulimie, Bulivomie, Anorexia nervosa. In KLUSMANN R (Hrsg.) *Stoffwechsel. Der Kranke mit Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimie, Diabetes mellitus, Gicht*, S. 41, Springer, Berlin 1988
- MÜLLER MJ, LAUTZ U, VON ZUR MÜHLEN A, HÖLLWARTH I, CANZLER H, SCHMIDT FW: Pathogenese und Therapie der Adipositas. Wie schützen wir uns vor dem Überfluß? *Dt Med Wschr* 115, 789–794, 1990
- PAUL TH: Zur Heterogenität des Krankheitsbildes der Bulimia nervosa. *Z Klin Psychol* 14, 99–114, 1987
- PAUL T, JACOBI C: Verhaltenstherapeutische Maßnahmen bei Eßstörungen. In HAND I, WITTCHEN HU (Hrsg.) *Verhaltenstherapie in der Medizin*, S. 327, Springer, Berlin 1989
- PAUL T, JACOBI A, THIEL A, MEERMANN R: Stationäre Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa: Beschreibung des Behandlungskonzeptes und Evaluation. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 131, Springer, Berlin 1991
- POLIVY J, HERMAN CP: Dieting and bingeing. *Am Psychol* 40, 193–201, 1985
- POPE HG, CHAMPOUX RF, HUDSON JI: Eating disorder and socioeconomic class. Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *J Nerv Ment Dis* 175, 620–623, 1987
- PUDEL V, WESTENHÖFER J: Verhaltenstheoretische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Eßstörungen. In KLUSMANN R (Hrsg.) *Stoffwechsel. Der Kranke mit Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimie, Diabetes mellitus, Gicht*, S. 27, Springer, Berlin 1988
- RAND C, STUNKARD AJ: Obesity and psychoanalysis. *Am J Psychiatry* 135, 547–551, 1978
- RUSSEL GFM: Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa? *Psychol Med* 9, 429–448, 1979
- SCHEPANK H: Erbdeterminanten bei der Anorexia nervosa. *Z Psychosom Med Psychoanal* 37, 265–281, 1991
- SCHMID-OTT G, SCHMIDT J, LAMPRECHT F: Katamnestic Ergebnisse stationärer psychosomatischer Heilbehandlungen – dargestellt am Beispiel von Patienten und Patientinnen mit extremem Übergewicht. Unveröffentlichter Vortrag, 38. Arbeitstagung des DKPM in Ulm 1993
- SCHMIDT G: Bulimie aus der Perspektive der systemischen Familientherapie. In KÄMMERER A, KLINGENSPOR B (Hrsg.) *Bulimie – Zum Verständ-*

- nis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung, S. 49, Kohlhammer, Stuttgart 1989
- SCHULTE MJ, BÖHME-BLOEM C: Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht. Thieme, Stuttgart 1990
- SELVINI PALAZZOLI M: Magersucht. Klett-Cotta, Stuttgart 1982
- SPEIDEL H: Auf dem Wege zur präödpalen Gesellschaft. *Psychother Med Psychol* 39, 58–63, 1989
- STEINHAUSEN HC: Ergebnisse und Verlaufsforschung zur Anorexia nervosa. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 217, Springer, Berlin 1991
- STUNKARD AJ, PUDEL V: Adipositas. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONECKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIACK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, S. 582, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- SWIFT WJ, LETVEN R: Bulimia and the basic fault. A psychoanalytic interpretation of the binge-vomiting syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 23, 489–497, 1984
- VANDEREYCKEN W: Organisation und Evaluation eines stationären Therapieprogramms für Patienten mit Eßstörungen. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 173, Springer, Berlin 1991
- VANDEREYCKEN W, MEERMANN R: *Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment*. De Gruyter, Berlin 1984
- WEBER G, STIERLIN H: In Liebe entzweit: Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie. Rowohlt, Reinbek 1989
- WESIACK W: Einführung in die psychosomatische Medizin. In LOCH W (Hrsg.) *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*, S. 289, Hirzel, Stuttgart 1989
- WESTENHÖFER J, PUDEL V: Verhaltensmedizinische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Eßstörungen. In WAHL R, HAUTZINGER M (Hrsg.) *Verhaltensmedizin: Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven*, S. 149, Dt Ärzteverlag, Köln 1989
- WILLI J, LIMACHER B, GROSSMANN S, GIACOMETTI G: Langzeitstudie zur Inzidenz der Anorexia nervosa. *Nervenarzt* 60, 349–354, 1989
- WITTCHEN HU, SASS H, ZAUDIG M, KOEHLER K: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R)*. Beltz, Weinheim 1989
- YAGER J, LANDSVERK J, EDELSTEIN CK: A 20-month-follow-up study of 628 women with eating disorders, I: Course and Severity. *Am J Psychiatry* 144, 1172–1177, 1987
- YATES WR, SIELENI B, REICH J, BRASS C: Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *J Clin Psychiatry* 50, 57–59, 1989
- ZUBER J, GROMUS B, POTRECK-ROSE F, KOCH U: Differenzielle Indikation zur ambulanten Gruppentherapie der Adipositas – am Beispiel der «Interdisziplinären Therapie der Adipositas». *Psychother Psychosom Med Psychol* 42, 110–119, 1992

# E. Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege

## E.1 Urologische Erkrankungen

HUBERT SPEIDEL

### 1. Einleitung

Schlägt man das gängigste deutsche Lehrbuch der Urologie (SÖKELAND, 1993) auf, so imponiert die Konsequenz, mit der psychische Aspekte des Faches vermieden werden, und an den raren Stellen, wo sie erwähnt sind, ist selbst der Wortgebrauch ungenau («psychogene Erektionszentren», «psychosomatische Therapie», «vegetatives urogenitales Syndrom»). Lediglich im Kapitel «Sexualpathologie des Mannes» erfährt die Psyche – unvermeidlich – eine gewisse Würdigung, aber spärlich und laienhaft. Sie scheint dem Autor allerdings auch hier unwichtig zu sein, denn im Schlagwortverzeichnis kommt die Psyche überhaupt nicht vor. Der Autor betont aber, daß der Inhalt des Buches den ganzen Gegenstandskatalog des Faches vollständig berücksichtige.

Es ist eines der Beispiele dafür, wie die offizielle Doktrin eines Gebietes der Medizin an der Realität des eigenen Faches, aber auch an der Einschätzung der praktizierenden Fachleute teilweise vorbeigeht. Dafür gibt es mehrere Erklärungen: Die Urologie entstammt der Chirurgie und ist deshalb handwerklich-apparativen Idealen verpflichtet; auf diesem Feld hat sie überdies diagnostisch und therapeutisch in den letzten Dekaden große Fortschritte erzielt, die insofern auch dem (subjektiven) Befinden, der «Lebensqualität» der Patienten, zugute kommen. Aus beiden Gründen halten es die maßgeblichen Urologen wohl auch nicht für nötig, ihren Nachwuchs etwa im Sinne der «Psychosomatischen Grundversorgung» (vgl. Kap. III.B) weiterzubilden. So sind Urologen auf ihren psychologischen Laienverstand angewiesen, und das genügt bekanntlich nicht. Wendeten sie aber psychosomatische Kompetenz in ihrer Praxis an, schädigten sie sich ökonomisch selbst empfindlich, dank einer nicht patientengerechten Gebührenordnung (GÜNTHERT, 1992). Die psychosomatische Forschung hat sich ihrerseits bislang nur fragmentarisch

diesem Fach zugewandt, zum Nachteil für beide Seiten. Allerdings ist aus den Reihen der Urologen selbst eine sehr engagierte Gruppe von psychosomatisch Interessierten entstanden, von deren Einfluß Gutes zu erhoffen ist.

Der Anteil psychosomatisch mitbedingter Erkrankungen in der Praxis niedergelassener Urologen wurde auf 30 bis 50 Prozent veranschlagt (GÜNTHERT u. DIEDERICH, 1990). Ein – allerdings psychotherapeutisch weitergebildeter und tätiger – Urologe schätzt, daß mit strenger Indikation nur bei 10 bis 20 Prozent seiner Patienten apparativ-instrumentelle Untersuchungen angezeigt sind (GÜNTHERT, 1992). Im Rahmen einer Umfrage an einer Urologischen Universitätsklinik wurde im Durchschnitt von 36 Prozent der Patienten, aber von 49 Prozent der Ärzte und Schwestern die Prävalenz erheblicher psychosomatischer Wirkfaktoren eingeschätzt (HENDRISCHKE et al., 1994).

Als Beispiel für einen Patienten, der eine urologische Praxis oder Klinik konsultieren, vom Arzt aber nur angemessen gewürdigt werden kann, wenn er auch über neurosenpsychologische Kenntnisse verfügt, soll der folgende Fall dargestellt werden. Es handelt sich um einen Patienten mit einer *Pollakisurie*, also einem Symptom, bei dem Internisten und Urologen zunächst an Niereninsuffizienz, Blasenreizung und Ulcus simplex denken, während der Patient, ohne es zu wissen, die richtige Diagnose selbst stellt. Sie zu verstehen, erfordert lediglich, mit geschultem Ohr zu hören.



Der 51jährige Leiter einer größeren Institution hatte bereits mehrere Ärzte aufgesucht und war zuletzt in einer internistischen Klinik stationär durchuntersucht worden. Dabei wurde eine hypophysäre Störung ausgeschlossen. Er berichtet, daß er schon immer nachts urinieren mußte. In den letzten zwei Jahren habe sich dies verstärkt bis auf zuletzt drei- bis fünfmal. Als Folge gibt er Mattigkeit und Konzentrationsmängel an. Es stellt sich heraus, daß das Symptom nicht isoliert vorkommt. Vielmehr leidet er unter dem, was im traditionellen ärztlichen Sprachgebrauch als psychovegetatives Syndrom bezeichnet wird (Magen- und Herzbeschwerden, Schweißausbrüche, Kopfschmerzen, Lustlosigkeit, rasches Aufgeregtsein; «phasenweise psychisch labil»).

Zu seinem derzeitigen Hauptsymptom bietet er zunächst eine naheliegende Laientheorie an: Er sei kälteempfindlich, habe leicht kalte Füße, und wenn er vor dem Fernseher sitze, habe er einen kalten Bauch; eine Wärmflasche lindere dann sein Symptom.

Hier wird schon deutlich, daß er eine realistische Wahrnehmung (Urinierdrang bei Kälte) in den Dienst seiner Verwöhnungswünsche stellt. Dies wird noch deutlicher, als er die Umstände seiner (Magen-)Beschwerden genauer schildert: in Konferenzen, «wenn alles wie ein Berg» vor ihm steht und «die Kollegen mit den anstehenden Problemen nicht fertigwerden», sowie, wenn er allein in seinem Büro saß «und absolut nichts machen konnte». Der Patient teilt also mit, daß er Ohnmacht schlecht ertragen kann.

Erste Verbindungen zur Nykturie lassen sich herstellen: Die Immobilität des Schlafzustandes wird sein Problem verschärfen, Aufstehen zum Urinieren es vermindern. Sodann schildert er, was er als Gegenmittel gegen das unerträgliche Ohnmachtsgefühl eronnen hat. Wir können es je nach theoretischem Konzept als aktives Coping oder als kontraphobische Abwehr bezeichnen: Es ginge ihm schlecht, wenn er mittags allein im Büro sitzt, würde er sich nicht in der Mittagspause umziehen, einen mehrere Kilometer langen Dauerlauf machen und anschließend warm und kalt duschen. Hierdurch verbessere sich sein Befinden drastisch. Schon früher hatte er bemerkt, daß es ihm besser gehe, wenn er körperlich arbeite, vor allem, wenn er Holz hacke. Im Umgang mit Kollegen hat er sich etwas anderes ausgedacht: Wenn er ein Problem mit Kollegen hat, «muß» er «es sofort loswerden». Er muß darüber sprechen und darf «auf keinen Fall einen Tag lang damit herumlaufen». Dieses Abwehrverhalten gegen Ohnmacht in aggressiv getönten Situationen kann er offenbar als soziale Interaktion bewältigen, solange dies die Situation erlaubt. Wird er mit seinen aggressiven Phantasien alleingelassen und lassen ihm diese keine Chance zum Ausagieren (Schlaf, Traum), regrediert er auf ein psychosomatisches Niveau: Es entsteht ein konversionsneurotisches Symptom auf urethraler Ebene: Er muß «es sofort loswerden».

In dem vorliegenden Fall sind Darstellung und Wortwahl so kennzeichnend, daß sich eingehendere körperliche Untersuchungen erübrigt hätten. In anderen Fällen muß natürlich die Differentialdiagnostik geklärt werden. Allerdings dürften bei der Haltung der meisten Ärzte Fälle, in denen eine organisch zu behandelnde Pollakisurie (s. u.: «Reizblase») übersehen wird, weniger häufig sein als solche wie der geschilderte.

Psychologische Gründe können auch zu einer *Harnretention* führen, bei der Urologen eine hypoaktive Blase ohne Detrusorkontraktionen finden. Hier kann die prinzipiell gegebene Psychotherapieindikation verfehlt werden, wenn der Urologe die neuerdings propagierte Selbstkatheterisierung vorschnell empfiehlt.

Als aggressives Verweigerungsphänomen ist sie oft im Sinne der Abwehr von Trauer und Enttäuschung zu verstehen, ähnlich, wie dies auch für die «Reizblase» zutrifft (GÜNTHERT u. DIEDERICH, 1990).

## 2. Allgemeine Psychosomatik

Die Blasenfunktion ist im zentralen Nervensystem in drei Zentren repräsentiert: im 2. bis 4. Sakralsegment, im Pons und als kortikales Inhibitionszentrum frontokortikal. Die periphere nervale Versorgung erfolgt über alpha-, betaadrenerge und cholinerge Rezeptoren (STÖHRER et al., 1994).

Wie bei den Nahrungsaufnahme- und Atmungsfunktionen ist bei den Ausscheidungsfunktionen das Zusammenwirken willkürlicher und unwillkürlicher Innervationen charakteristisch. Dasselbe gilt auch für die sexuellen Funktionen. Diese Bedingungen machen Sexual- und Ausscheidungsfunktionen im Zusammenhang mit Konflikten, Neurosen und Überforderungen störanfällig und prädestinieren sie zum körperlichen Darstellungsfeld zwischenmenschlicher Probleme.

Die für Fachleute naheliegende Reduktion des Blickes auf das Organsystem, für das sie zuständig sind, verstellt dann oft systematisch den Blick für das Wesentliche. Dabei kennen viele Ärzte von sich, aus Erzählungen oder/und Beobachtungen von Patienten in der Arztpraxis Miktionshemmungen in öffentlichen Toiletten. Sei es Scham, sei es geheimer Protest gegen die Zumutung, ein diskretes Geschäft quasi in der Öff-

fentlichkeit durchführen zu müssen, oder sei es die Furcht, die Konkurrenz nicht zu bestehen – Deutungen dieser flüchtigen Funktionsstörungen auf relativ bewußtseinsnahe Niveau fallen uns nicht schwer. Wenn wir den Schritt von einer dem Bewußtsein zugänglichen aktuellen Problematik zu derjenigen unbewußter, neurotischer Phantasien zustandebringen, können wir besser die Möglichkeit von psychogenen Funktionsstörungen und psychosomatischen Beschwerden in unsere ärztlichen Überlegungen einbeziehen.

Wie für jede neurotische Indienstnahme von Organen gilt auch hier, daß intensive, aber unbewußte Gefühle, Motive, Verbote wirksam werden müssen, die vor allem infantilen Quellen entspringen und jeweils interpretativ zu entschlüsseln sind. Für die Ausscheidungsorgane trifft zu, daß sie mit intensiven Gefühlen von Stolz, Scham, Lust, Minderwertigkeit besetzt sein können und schon deshalb anfällig für neurotische Phantasien, Handlungen und Beziehungen sind. Früh lernt das Kind den Wert des Urinierens wie des Zurückhaltens als Lustquelle kennen («Urethralerotik», SADGER, 1919), und zwar sowohl als funktionelles Erlebnis wie als Beziehungsgeschehen (Geschenk vs. Verweigerung), später den kulturellen und Autonomiegewinn der Beherrschung der Ausscheidungsfunktionen, dessen Folge die oben genannten Miktionsstörungen sein können. Der Ausscheidungsvorgang gewinnt eine wichtige Funktion für die sexuelle Identitätsentwicklung. Die Urinierwettbewerbe unter Jungen sind der Ausdruck des Konkurrenzaspektes der phallischen Vorzeigelust, die in späteren Lebensphasen durch andere, sublimierte Präsentationsformen (z. B. Sport) ersetzt werden.

Alle infantilen Entwicklungsstufen können sich in verstellter, kompromißhafter Form später in Gestalt von Symptomen zurückmelden. Wesentlich für das Verständnis funktioneller Störungen im Urogenitalbereich ist die anatomische Nachbarschaft und funktionelle Verschränkung von Produktion, Reproduktion und Lust (vgl. GÜNTHERT u. DIEDERICHS, 1990). Auf der Gefühlsebene repräsentiert sich diese anatomische und funktionelle Nähe als Nähe von Lust und Ekel einschließlich Lust- und Ekelaspekten von Gerüchen sowie als Nachbarschaft von Beziehungswünschen und -angst und als Verschränkung beider mit

positiven (Stolz) und negativen (Minderwertigkeit) Selbstgefühl- bzw. narzißtischen Aspekten. Weil somit viele grundlegende menschliche Motive im Urogenitalbereich repräsentiert sind und (neurotische) Störungen des seelischen Haushaltes hier folglich ihr körperliches Ausdrucksfeld finden, lassen sich seelische (Teil-)Ursachen in vielen Fällen urologischer Erkrankungen entdecken, und bei einer Reihe von Symptomen sind sie die Regel. Es lassen sich spezifische Organzuordnungen von seelischen Problemkonstellationen finden, insofern als auch auf diesem Gebiet bestimmte Organfunktionen sich zur Darstellung von unbewußten Problemen besser eignen als andere. Außerdem sind Vorschädigungen oft als locus minoris resistentiae geeignet für die Somatisierung psychischer Probleme. Die anatomische Besonderheit der Kürze der Urethra bei der Frau in Verbindung mit der unmittelbaren Nähe zum Genitale bedingt, daß Blasenentzündungen häufiger als beim Mann durch psychosomatische Zusammenhänge erklärbar sind (zur Erklärung vgl. Abschn. 3 c).

Als Beispiel für psychosomatische Problemkonstellationen sollen genannt werden: aggressive Verweigerung im Sinne der Abwehr von Trauer und Enttäuschung, Hingabestörung mit der Angst vor Selbstaufgabe («Reizblase»; DIEDERICHS, 1986 a/b), zwangsneurotische Persönlichkeitsstruktur (DIEDERICHS, 1983), Selbstwertstörung und mangelhafte Identifikation mit Vaterbildern (JANSSEN et al., 1983), ichstrukturelle Defizite mit Störungen des Selbst wie der Objektbeziehungen (GÜNTHERT u. DIEDERICHS, 1990), nicht gelebte homosexuelle Thematik (Prostatopathie, s.u.), narzißtische Beziehungskonflikte mit Verletzung der Selbstgrenzen, Nähe-Distanz-Problematik und Hingabestörung, u.a. als Risiko emanzipatorischen Anspruchs (Blasenentzündung bei der Frau; DIEDERICHS, 1986 b), das Erlebnis zu großer Nähe und von Grenzverletzungen (urogenitale Entzündungen beim Mann; DIEDERICHS, 1988), psychosexuelle Unreife, Selbstunsicherheit, Kontaktscheu, Muttergebundenheit, sexuelle Schuldgefühle und Partnerinnenabwertung (DIMITROV, 1973). Derartige Beschreibungen treffen mehr oder weniger

genau die zugrundeliegenden Problematiken. Inwieweit sie aber, wie die Zuschreibung zu Symptomen nahelegt, mehr oder weniger symptomspezifisch sind, ist zur Zeit offen. Eher anzunehmen ist vorläufig, daß sie einen Teil der Problemaspekte wiedergeben, die bei Patienten mit urologischen Symptomen gegenüber (anderen) Psychotherapiepatienten möglicherweise gehäuft und eventuell sogar bei den erwähnten Diagnosen unterschiedlich verteilt sind. Hier ist zweifellos ein unerschlossenes Feld psychosomatischer Forschung.

### 3. Spezielle Psychosomatik

#### *a) Prostatopathie bzw. psychovegetatives Urogenitalsyndrom*

Als häufigstes Krankheitsbild, das Männer in die urologische Praxis führt, gilt die Prostatopathie. Die Beschwerden bestehen in Harnrang, Brennen beim Wasserlassen, Miktionsverzögerung, dumpfen Schmerzen, die in die Leisten und in die Hodengegend ausstrahlen, solche im Kreuz sowie ein dumpfes Druckgefühl im Dammbereich.

Die Beschwerden sind kaum unterscheidbar von denjenigen bei der chronischen Prostatitis und beim Genito-Anal-Syndrom. Bei der ersten gibt es eine Anamnese mit akuter Prostatitis, Epididymitis und Urethritis sowie dem Befund von Druckempfindlichkeit, Entzündungselementen und Bakterien. Bei letztem findet man Analfissuren und -fisteln oder innere Hämorrhoiden. Der negative Organbefund gilt somit neben der Art der Beschwerdeschilderung als Differentialdiagnostikum (SÖKELAND, 1993). Allerdings belegt der Zelnachweis im Exprimat nicht unbedingt ein entzündliches Geschehen (WEIDNER, 1984). Als Faustregel für die relative Häufigkeit dieser drei Krankheitsbilder mit ähnlicher Symptomatik wird eine annähernde Gleichverteilung (bei leichtem Überwiegen der Prostatopathie) angenommen (SÖKELAND, 1993). Andere Autoren beschreiben allerdings die chronische bakterielle Prostatitis als extrem selten (MILLER, 1988).

Als psychophysisches Korrelat für die Beschwerden bei der Prostatopathie konnte in einem hohen Prozentsatz eine Beckenbodenverspannung mit myalgischen Beschwerden gefunden werden (SINAKI et al., 1977; WILHELM, 1985).

Einige der *psychologischen Befunde* wurden bereits erwähnt. Die Patienten neigen zu hypochondrischen Befürchtungen und Entwick-

lungen und zu funktionellen Sexualstörungen, die teils als Folge der hypochondrischen Furcht, teils als genitaler Ausdruck derselben zugrundeliegenden Problematik gesehen werden können. Nicht selten ist die Prostatopathie der Ausdruck einer unbewußten, nicht gelebten homosexuellen Einstellung. Die Behandlung durch den Urologen ist dann als eine schuldgefühlsfreie Form homosexueller Beziehung zu verstehen, und die Chronifizierung ist eine fast zwangsläufige Folge, weil mittels der Beschwerden die Befriedigung gesucht und vom Urologen qua Untersuchung und Behandlung unwissentlich befriedigt wird.

Die wichtigste ärztliche Maßnahme ist es deshalb, an die psychogene Quelle der Beschwerden überhaupt zu denken. Hilfreich ist es in der Regel nicht, dem Patienten mitzuteilen, daß es sich um etwas «Psychosomatisches» handelt. In aller Regel ist es aber notwendig, sich einen Einblick in die Lebenssituation, den Umgang des Patienten mit schwierigen Situationen und die Art seiner Beziehungen, insbesondere zu Frauen, zu verschaffen, damit beurteilt werden kann, ob eine psychotherapeutische Beratung oder Behandlung sinnvoll, nötig bzw. möglich ist. Bei sehr hypochondrischen Patienten wird das sehr oft nur schwer gelingen. Dann mögen Maßnahmen wie die systematische Ermunterung zu passender körperlicher Betätigung oder auch Entspannungsübungen eine Übergangshilfe sein, die sowohl gegen die Hypochondrie wirksam ist wie auch eine suggestive (Placebo-)Wirkung und eine Brückenfunktion zum gegebenenfalls ausschlaggebenden ärztlichen Gespräch haben mag.

MILLER (1988) beschrieb in einer Therapiestudie mit 218 Patienten u.a. auch Gefühle von Furcht, Ängstlichkeit, Sorgen, Schuld und Wut. Mit einer nicht näher beschriebenen Beratung oder Behandlung, die er Streßmanagement nennt, und unter Subsumierung der Beschwerden- und Belastungsangaben der Patienten unter dem Streßbegriff beschreibt er im Rahmen einer katamnästischen Befragung bemerkenswerte Erfolge von 86 Prozent der Patienten mit Besserung, erheblicher Besserung oder Heilung. Auch wenn dieser Studie nahezu alles fehlt, was heutzutage von einer seriösen Psychotherapiestudie erwartet wird: theoretisches Konzept, definiertes therapeutisches Prozedere, differenzierte Verlaufs- und

Ergebniskriterien, Trennung von Untersucher und Therapeut, so belegt sie doch, daß solche Patienten ein psychotherapeutisches Regime benötigen, und sie ermutigt zur Durchführung von systematischen Therapiestudien.

#### *b) Die «Reizblase»*

Das weibliche Analogon zur Prostatopathie ist die Reizblase. Dieses Beschwerdebild, dem kein organisches Substrat entspricht, ist bei Frauen häufig. Ständiger Harndrang und Pollakisurie sind die dominierenden Symptome. Als pathophysiologisches Korrelat wird eine Dyssynergie der Beckenmuskulatur, besonders des Blasensphinkters und des M. detrusor angenommen. Auf körperlichem Gebiet finden sich häufig andere funktionelle Beschwerden im Sinne von Verspannungsfolgen, wie Kopf- und Schulter-Nacken-Schmerzen. In einer Vergleichsstudie wurde bei 50 Patientinnen ein höheres Maß an Feindseligkeit, Irritierbarkeit, Angst, Dysphorie und Depressivität gefunden. Diese Frauen neigten auch mehr zu sonstigen psychischen Symptomen (BALDONI et al., 1989; über psychoanalytische Befunde s. o.).

#### *c) Die Blasenentzündung der Frau*

Das plötzlich einsetzende, mit schwerem Krankheitsgefühl, Harndrang, Dysurie und Hämaturie verbundene Krankheitsbild ist bei Frauen häufig und neigt zur Rezidivbildung. Die Nähe des Orificium urethrae zu Scheide und Darmausgang, die Kürze der Urethra, Mikrotraumen beim Geschlechtsverkehr und Unterkühlung gelten als Ursache der größeren Häufigkeit des Krankheitsbildes bei der Frau.

Aus psychosomatischer Sicht sind daneben und vor allem Veränderungen der Physiologie bei ausbleibendem bzw. gestörtem Orgasmus und bei Masturbation (ANDERS, 1984) von Bedeutung. Vermutlich stellt die ausbleibende Lubrikation im Falle eines unbewußten Ambivalenzkonfliktes oder unbewußter Schuldgefühle den entscheidenden psychophysischen Mechanismus dar, der über eine mechanische Irritation und Läsion zur unspezifischen Entzündung führt (vgl. Balanitis, Abschnitt 3 e). Die Einstellung zum anderen Geschlecht und der Zustand der Partnerbeziehung muß deshalb immer Untersuchungsge-

genstand und gegebenenfalls Inhalt der (Psycho-)Therapie sein.

#### *d) Die interstitielle Zystitis*

Bei häufiger Rezidivneigung eines Ulcus simplex der Harnblase kann es zu einer prognostisch ungünstigen (Schrumpfbilase!) interstitiellen Zystitis kommen, in deren Endstadium auch die tieferen Blasenschichten befallen sind. Mit verhaltensmodifikatorischen Maßnahmen konnte die Zahl der täglichen Miktionen mehr (50 %) oder weniger (38 %) verringert werden (CHAIKEN et al., 1993). Das Krankheitsbild ist selten und kann nur histologisch diagnostiziert werden. Die Diagnose wird – ohne Histologie – zu häufig gestellt, und deshalb entwickelt sich die «interstitielle Zytitis» zu einem Sammelbegriff auch für psychogene Unterleibsbeschwerden.

#### *e) Entzündungen des männlichen*

##### *Urogenitaltraktes*

Diese Erkrankungen – unspezifische Entzündungen, Mykosen, Herpes genitalis, spitze Kondylome – sind wenig systematisch auf ihre psychosomatischen Zusammenhänge hin untersucht worden. Immerhin gibt es Beobachtungen, die einen solchen Zusammenhang im Einzelfall jeweils nahelegen.

Eine mögliche Konstellation für das Entstehen einer unspezifischen *Balanitis* ist eine problematische Partnerbeziehung, bei welcher der Mann mit erhöhter sexueller Aktivität reagiert und die Partnerin sich emotional zurückzieht. Dadurch kommt es zur Kombination hoher sexueller Aktivität des Mannes und ungenügender Lubrikation bei der Frau. Diese kündigt häufig einen (latenten) Ambivalenzkonflikt an, und so läßt sich die Situation als gemeinsame Ambivalenz mit unterschiedlicher Abwehr verstehen.

#### *f) Artifizielle Störungen*

*Selbstbeschädigungen* beschäftigen den Urologen nicht selten. Sie reichen von dem Einbringen von Gegenständen (Elektrokabel, Haarspangen, Büroklammern u. a.) in die Urethra, die zum Teil als masturbatorische Manipulation zu verstehen sind, bis zur genitalen Selbstverstümmelung. In der Mehrzahl der Fälle, vor allem im zweiten Fall, muß mit schweren psychischen Störungen (Psychosen, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit) bzw. geistiger Behinderung gerechnet und psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen werden.

Ein besonders schwieriges Problem sind die Fälle von *artifiziellen Krankheiten* und *Münchhausen-Syndromen* (vgl. Kap. IV.L), weil hier der Charakter des Artifiziiellen oft lange nicht erkannt wird, vor allem, wenn diese Gruppe von psychischen Störungsbildern nicht bedacht wird (ABOSEIT et al., 1993; GLUCKMAN u. STALLER, 1993).

#### g) *Enuresis*

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Enuresis ein häufiges Symptom. Bei Schulanfängern leiden 4 bis 5 Prozent mit Beginn des Schulalters daran. 20 bis 30 Prozent der Fälle sind eine Enuresis diurna, 15 Prozent eine kombinierte Enuresis nocturna et diurna. In der Regel werden keine organpathologischen Befunde erhoben; ebensowenig wird eine spezifische Persönlichkeitsstruktur ermittelt, sondern es finden sich Kombinationen von frühen Mutter-Kind-Störungen, mangelnder elterlicher Zuwendung und Störungen des Selbstwertgefühls, unbewußtem Protest des Kindes, Gefühlsunterdrückung in der Familie, emotional gestörte Familien als häufige Befunde (DIEDERICHS, 1986 a). In einer älteren Untersuchung erwiesen sich 50 Prozent der betroffenen Kinder als unerwünscht (SCHWIDDER, 1952). Auch dies erklärt vielleicht, warum sich Eltern und Ärzte auf verhaltenstherapeutische Maßnahmen und die Anwendung eines Antidepressivums\*, welches den Tonus des Detrusor vesicae und die Schlaftiefe senkt, geeinigt haben. Eltern und Kinderärzte mögen an den geschilderten Verhältnissen nicht rühren. Familientherapie wäre indessen häufig die Maßnahme der Wahl.

Der (Kinder-)Arzt wird zunächst die Vorgeschichte einschließlich früherer Infektionen des Harntraktes und Schlafstörungen, psychosozialer und Familiengeschichte erheben und seine Untersuchung sowohl auf die Urinanalyse als auch auf die Eltern-Kind-Beziehung erstrecken. Dabei wird er besonders die Haltung der Eltern in bezug auf Tadel und Beschämung beachten und gegebenenfalls korrigieren, bevor er eine weitergehende Beratung oder die Überweisung an den psycho-

therapeutischen Spezialisten erwägt. Bei Enuresis im Erwachsenenalter müssen Mißbildungen ausgeschlossen werden.

#### h) *Harninkontinenz*

Harninkontinenz ist bei Erwachsenen ein häufiges Symptom. Sie kommt als neurologisches Symptom vor, so bei Schlaganfällen, Frontalhirnschädigungen, Multipler Sklerose, Parkinsonismus und Hydrocephalus, Zustand nach offener Spina bifida, bei Retention mit Überlaufinkontinenz als atonische neurogene Blase (Diabetes, Tabes) sowie weiteren neurologischen Leiden (vgl. STÖHRER et al., 1994), bei Urethralstrikturen, Prostataleiden, als Streß-Inkontinenz bei Muskelschwäche, bei Karzinomen, Detrusor-Dyssynergie usw.

Nach BROCKLEHURST (1986) ist in der Mehrzahl der Fälle vor allem von vorübergehender Inkontinenz das Symptom aber als psychisch mitbedingt zu verstehen. Es ist häufiger bei Frauen als bei Männern und bei älteren häufiger als bei jüngeren Menschen. Eine Statistik von THOMAS et al. (1980) gibt an, daß 15- bis 44jährige Frauen zu 6,5 Prozent regelmäßig, zu 17,5 Prozent gelegentlich inkontinent sind, insgesamt also 24 Prozent. Regelmäßige Inkontinenz tritt zwischen 45 und 64 Jahren in 11,8 Prozent, bei über 75jährigen Frauen in 16 Prozent auf. Die Zahlen bei Männern sind 1,5 Prozent bei 15- bis 44jährigen, 2,2 Prozent bei 45- bis 64jährigen, 8 Prozent bei 75- bis 84jährigen und 15 Prozent bei über 85jährigen, bei denen es keine Geschlechtsunterschiede mehr gibt. In Altersheimen liegt der Prozentsatz bei über 30 Prozent, in geriatrischen und psychogeriatrischen Stationen bei 50 Prozent.

Die muskuläre Funktion ist durch das Zusammenspiel des Detrusor und des Trigonum garantiert. Jener wird durch Dehnungsrezeptoren und über eine cholinerge Neurotransmission aktiviert. Er ist bei Prostatahypertrophie, aber auch bei funktionellen Zuständen der Inkontinenz älterer Frauen hypertrophiert. Zwischen den hypertrophen Trabekeln entstehen Divertikel. Der Beckenboden ist bei Multipara oft, aber manchmal auch bei Primipara geschädigt: Muskelfasern sind verlorengegangen, und dies kann zur sogenannten *genuinen Streßinkontinenz* beitragen. In diesen Fällen findet sich oft ein partieller Genitalprolaps (BITZER et al., 1989).

\*Trizyklische Antidepressiva einschließlich Imipramin, Anticholinergika, bes. Oxybutinin. Neuerdings wird Desmopressin wegen geringerer Nebenwirkungen empfohlen (RUSHTON, 1993).

Aus urologischer Sicht ist die Unterscheidung von neurogenen Blasenfunktionsstörungen mit vermehrter Detrusoraktivität und entsprechend erhöhten Miktionsdrücken und solchen mit geringer oder fehlender Detrusoraktivität wegen der gefährlichen Folgen der ersten Form wichtig (STÖHRER et al., 1994). Der altersbedingte Untergang von kortikalen Neuronen ist eine wichtige anatomische Grundlage für die Detrusorinstabilität und führt bei vielen alten Menschen zu ungehemmter Blasenkontraktion und Inkontinenz, wenn «Streß»-Faktoren oder ein plötzliches Ereignis hinzukommen.

Derartige, häufig vorübergehende Inkontinenzen werden als *unstable Blase* diskutiert. Es handelt sich um ungehemmte Blasenkontraktionen bei normaler Blasenfüllung oder bei Provokationen (Streß-Inkontinenz bei Husten, Lagewechsel, Laufen, Springen). Dieses Symptom ist üblicherweise kombiniert mit sogenannter *Drang-Inkontinenz* («urge incontinence»), aber ohne Nachweis von ZNS-Schäden. Vielmehr gibt es eindeutige Hinweise für psychosomatische Zusammenhänge, besonders bei Drang-Inkontinenz. Mit Placeboversuchen (MEYHOFF et al., 1983), Hypnotherapie (FREEMAN u. BAXBY, 1982) und systematischem pädagogischem, verhaltenstherapeutischem Blasentraining (Biofeedback, Beckenbodentraining), im letzten Fall mit Besserungsraten bis zu 86 Prozent, konnten Erfolge erzielt werden (FREWEN, 1982; JARVIS, 1982; CERESOLI et al., 1989).

Solche Befunde sind vor allem wichtig, weil dieses häufige, als sehr entwürdigend erlebte Symptom, das viel zur sozialen Isolation älterer Menschen beiträgt und wegen seiner Peinlichkeit häufig dem Arzt verschwiegen wird, Betroffenen erspart werden könnte, wenn die psychosomatischen Aspekte solcher Symptome ernstgenommen würden. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten: einerseits könnten *systematisches Blasentraining* und *Beratung* durchgeführt werden (s. o.). In vielen Fällen, vor allem im Krankenhaus, wäre eine einfache Änderung der Einstellung des ärztlichen Pflegepersonals schon hilfreich. Die Beachtung der Probleme des Mangels an Unabhängigkeit, der unfamiliären Umgebung mit eingeschränkter Zugänglichkeit der Toilette, z. B. durch Gehbehinderung, die Angewiesenheit auf Schwestern

und deren Freundlichkeit und Geneigtheit, die Beachtung der individuellen Miktionsgewohnheiten, des Schamgefühls der Patienten – das alles erfordert eher eine gezielte *Schulung des Personals*.

Eine spezifischere, psychodynamische Sicht erfordert die Harninkontinenz vor allem bei vielen Frauen vor und während der *Wechseljahre*. Die Inkontinenz ist hier oft auch ein Äquivalent depressiver und aggressiver Probleme. In testpsychologischen Studien zeigte sich ein erhöhtes Maß an Neurotizismus, Depressivität, psychosomatischer Gestörtheit und sozialer Gehemmtheit. Oft werden gerade in den Wechseljahren Überlastungen und gestörte Beziehungen berichtet (GÜNTHERT u. DIEDERICH, 1990).

#### i) Folgen der Genitalchirurgie

Über Zusammenhänge zwischen chirurgischen und psychosomatischen Problemen wird an verschiedenen Stellen des Buches berichtet. Die Folgen von Operationen im Urogenitalbereich von Männern untersuchten SPENGLER und KLEBER (1982). Danach führen auch die Verletzungen der körperlichen Integrität und des Selbstgefühls bei Karzinom mit *radikaler Prostatektomie* zu häufigen Suizidgedanken (16 %). Ob dieser Befund angesichts der Fortschritte der Operationstechnik noch aktuell ist, bedarf der Überprüfung.

Die Beachtung der einschlägigen psychischen Probleme durch die behandelnden Ärzte ist gerade auf diesem Gebiet oft noch ungenügend. Die Aufklärung vor der Operation, z. B. über die zu erwartende retrograde Ejakulation, und die Betreuung in der ersten Zeit nach der Operation sind wichtige ärztliche Maßnahmen. Dabei ist zu beachten, daß die Patienten wie auch nach anderen Operationen sich nicht mehr an alle präoperativen ärztlichen Aufklärungsmaßnahmen erinnern (SAW et al., 1994).

Die sexuelle Aktivität geht auch nach Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie oft zurück. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich (Alter, Allgemeinzustand, psychische Bedingungen wie Somatisierungsneigung und Depressivität sowie die Haltung der Partnerin) und müssen gegebenenfalls diffe-

renziert und spezifisch behandelt werden (VERECKEN, 1989).

Die Notwendigkeit einer «Ileum-Neoblase» («ileal conduit urinary diversion») oder einer der neueren Formen von Blasenersatz im Zusammenhang mit *Blasenkarzinom* und anderen Indikationen (Inkontinenz, Blasendysfunktion) hat eine Reihe von psychosozialen Problemen zur Folge, wie die Reduktion sozialer und sexueller Aktivitäten, vor allem bei Frauen auch Selbstwertprobleme, sowie die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, für die am häufigsten Lecks oder die Furcht davor angegeben werden (NORDSTROM et al., 1990; NORDSTROM u. NYMAN, 1992; NORDSTROM u. NYMAN, 1991).

Nach radikaler Operation wegen *Prostatakarzinoms* muß nicht mit totaler Inkontinenz gerechnet werden, aber mit Streßinkontinenz bei etwa 14 Prozent nach einem halben Jahr, die sich nach einem Jahr auf weniger als die Hälfte reduziert. Ein Drittel der Patienten hat nach sechs Monaten, zwei Drittel nach 12 Monaten die volle sexuelle Potenz zurückerlangt (ROSSIGARD et al., 1991). Daneben gibt es auch Klagen über Angst und Entleerungsprobleme nach drei Monaten, die sich nach 18 Monaten auf solche über Erektionsstörungen reduzieren (PEDERSEN et al., 1993). Beachtet werden muß aber auch die Neigung zum Rückzug aus sozialen und sexuellen Aktivitäten (MOMMSEN et al., 1989).

In Fällen von radikaler Blasenoperation mit operativer Ersatzblasenbildung, bei neurogenen Blasenstörungen sowie bei Harnretention nach operativer Überkorrektur einer Streßinkontinenz, manchmal auch bei psychogener Retention wird die Einmalkatheterisierung (clean intermittent catheterization) angewandt. BAKKE und MALT (1993) berichten in diesem Zusammenhang von einer Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität (26 %), aber auch vom Wunsch zu sterben (7 %). Frauen scheinen hierunter mehr zu leiden. Im Hinblick auf Infektminderung und Überlebenszeit stellt sie bei angemessener Indikation einen deutlichen Fortschritt dar.

Bei Patienten mit Blasenkarzinom konnte nicht nur gezeigt werden, daß beim Allgemeinarzt mehr Zeit von der ersten Konsultation bis zur *Diagnosestellung* verstreicht als

beim Urologen. Frauen werden öfter ein zweites oder drittes Mal einbestellt, und bei ihnen vergeht mehr Zeit bis zur Diagnose als bei Männern (MAUSSON et al., 1993).

#### j) Hodentumoren

Vergleichsweise großes forschendes Interesse haben psychosoziale Fragestellungen im Zusammenhang mit Hodentumoren gewonnen. Ihre größte *Häufigkeit* liegt zwischen 20 und 40 Jahren (Teratokarzinom 20 bis 29; Seminom 30 bis 40). Sie gehen meistens vom Keimgewebe (95 %) aus (Seminom 40 %, embryonales Karzinom: Teratokarzinom, Chorionkarzinom 20 %; Mischgeschwülste 40 %). Zwischen dem 20. und dem 34. Lebensjahr stellen sie trotz relativ geringer Inzidenz (1 % aller Malignome bei Männern; HIGGS, 1990) die häufigste Gruppe von soliden Tumoren bei Männern dar (STANFORD, 1987). Sie fallen durch eine langsam entstehende, schmerzlose Schwellung und eine glatte Oberfläche (Verwechslung mit einer Hydrozele!), allenfalls durch Schweregefühl und ziehende Schmerzen im Samenstrang auf. Ihre frühe Erkennung ist aber wegen ihrer histologischen Unreife und der frühen Metastasierung in die paraaortalen (sowie parakavalen und intrapelvinen) Lymphknoten wichtig (SÖKELAND, 1993).

Die *Therapie* besteht in Semikastration und, je nach Stadium und Tumorart, einer oder mehreren weiteren Therapieformen (Lymphknotenausräumung, Bestrahlung, Chemotherapie).

Die *Prognose* ist in der Regel relativ günstig. 70 Prozent der Patienten bleiben ohne Metastasen (CLEMM et al., 1991; PAEZ-BORDA et al., 1993). Die Fünf-Jahres-Überlebensraten werden je nach Tumorart und Stadium mit 81 bis 100 Prozent angegeben (FOSSA et al., 1989 c). Die Malignität des Seminoms ist geringer als diejenige der anderen Hodenmalignome.

Die unmittelbaren *Nebenwirkungen* der Strahlen- und Chemotherapie sind, ähnlich wie bei entsprechenden Behandlungen anderer Organe, neben allgemeiner Erschöpfung Nausea, Erbrechen, Raynaud-Syndrom, sensorische Neuropathie, gastrointestinale Symptome, peptische Ulcera, seltener Myelopa-

thie, Osteomyelitis und Hepatitis (BISSET et al., 1990; FOSSA et al., 1989 a; MARANZANO et al., 1994).

Längerfristig sind vor allem die Auswirkungen auf die Sexualität bedeutsam. Hierbei ist zweierlei zu unterscheiden. Wird die chirurgische Behandlung der paraaortalen Lymphknoten notwendig, so werden auch die benachbarten, für die Ejakulation wichtigen Nervenstränge beschädigt, und die Ejakulation kann in diesen Fällen in aller Regel nicht mehr stattfinden. In einer Population von 109 Patienten mit nicht seminomatösen Keimzelltumoren waren es 30 Prozent (DOUCHEZ et al., 1993). Für die meisten betroffenen Männer ist das nicht nur im Hinblick auf das Selbstwertgefühl bedeutsam, sondern auch wegen des Verlustes der Zeugungsfähigkeit (FOSSA et al., 1989 b). Jüngere Männer werden im Durchschnitt von dieser Aussicht mehr beunruhigt. Als vorsorgliche Maßnahme wird oft die Kryokonservierung des Sperma empfohlen und durchgeführt. Allerdings leidet die Qualität des Sperma unter dieser Maßnahme (HANGGI et al., 1992), und anscheinend wird auch wenig davon Gebrauch gemacht (4 von 53 Patienten mit einem einzigen Erfolgsfall bei FOSSA et al., 1989 b).

Während der Zeit der Behandlung zeigen sich eine Reihe von *Beeinträchtigungen*: emotionale Probleme (60 %), Ängstlichkeit, oft in Verbindung mit Schlaflosigkeit (49 %), Beunruhigung und Depressivität (34 %), Erektionsschwierigkeiten und Abnahme der Frequenz des Geschlechtsverkehrs (57 %; DOUCHEZ et al., 1993). Auch fünf Jahre nach der Behandlung kann noch eine ausgeprägte psychische Morbidität nachgewiesen werden (MOYNIHAN, 1987).

Die Zeugungsfähigkeit wird insgesamt anscheinend mäßig beeinträchtigt (DOUCHEZ et al., 1993). Viele betroffene Männer können nach der Therapie Kinder zeugen. Über genetische Schäden wird nichts berichtet.

Dennoch leidet ein nicht unbeträchtlicher Teil der betroffenen Männer (etwa 10 % bis 20 %) auch noch nach drei Jahren (AASS et al., 1993) unter Störungen der Sexualität, die nicht wie im Falle der Ejakulationsstörungen eindeutig auf Behandlungsschäden zurückgeführt werden können. Zwar sind die Befun-

de nicht einheitlich, was mit schwer vergleichbaren Stichproben und mit der ungleichen Qualität der Studien in Verbindung gebracht werden muß. Mit folgenden Störungen muß aber langfristig gerechnet werden: reduzierte Intensität des Orgasmus (30 %) bzw. reduzierte Orgasmusfähigkeit (10 %), geringere Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs (19 %), geringe Libido (12 %), verringerte Samenmenge (49 %). Diese Angaben beziehen sich auf eine Population von Männern, die wegen eines Seminoms radiologisch behandelt worden waren (SCHOVER et al., 1986).

Den *Partnerschaften* scheinen die Krankheit und die Behandlung nicht zu schaden. Im Gegenteil: Es wird wiederholt davon berichtet, daß die Beziehungen enger geworden seien (GRITZ et al., 1990); sie scheinen ihrerseits die Auswirkungen der Krankheit und der Behandlung zu mildern (MALEC et al., 1990). Die Ehefrauen unterstützen jedenfalls ihre Männer während der Behandlung sehr und teilen nicht deren Einschätzung (23,5 %) verminderter Attraktivität (GRITZ et al., 1990).

Bemerkenswert ist der Befund, daß ein signifikant größerer Teil der Patienten mit nichtseminomatösen Keimzelltumoren gegenüber einer Kontrollgruppe (gesunde Männer) schon vor der Diagnosestellung sexuelle Schwierigkeiten hatte (19 vs. 7 %; DOUCHEZ et al., 1993). Dies könnte eventuell auf eine vorbewußte Kenntnis von der Krankheit zurückzuführen sein.

Integraler Bestandteil der Hodentumorenbehandlung muß die sorgfältige *Beratung* auch im Hinblick auf sexuelle Probleme sein, und sie muß schon vor dem Beginn der Behandlung einsetzen (DOUCHEZ et al., 1993). So gaben 60 Prozent einer Population von Hodenkrebspatienten an, daß solche Probleme schon vor der Operation ein wichtiges Thema für sie gewesen seien (AASS et al., 1993).

In den USA gibt es Bemühungen, *präventive* Selbstuntersuchungen zu propagieren. Dies wäre wegen der leichten Zugänglichkeit und der starken Gefahr der Metastasierung im Prinzip sinnvoll, scheint aber wenig erfolgreich zu sein.

Wichtig ist auch die sorgfältige Beachtung der *rehabilitativen* Gesichtspunkte durch die behandelnden Ärzte: In aller Regel gibt es keinen Grund, warum die Patienten nicht nach



Ende der intensiven Behandlung, also etwa nach drei bis sechs Monaten, mit der Arbeit wieder beginnen könnten (CLEMM et al., 1991).

## Literatur

- AASS N, GRUNFELD B, KAALHUS O, FORSA SD: Pre- and post-treatment sexual life in testicular cancer patients; a descriptive investigation. *Br J Cancer* 67, 113–117, 1993
- ABOSEIF S, GOMEZ R, MCAMINCK JW: Genital self-mutilation. *J Urol* 150, 1143–1146, 1993
- BALDONI F, BALDARO B, ERCOLANI M, EMILI E, TROMBINI G: Urethral syndrome: A study in psychosomatic urology. *Psychother Psychosom* 52, 114, 1989
- BISSETT D, KONKELER L, ZWANENBURG L, PAUL J, GRAY C, SWAN IR, KERR DJ, KAYE SB: Long-term sequelae of treatment for testicular germ cell tumours. *Br J Cancer* 62, 655–659, 1990
- BITZER J, RICHTER D, ALMENDRAL AC: Funktionelle Harninkontinenz bei älteren Frauen (Altersinkontinenz) – ein biopsychosoziales Leiden. In SPEIDEL H, STRAUSS B (Hrsg.) *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin*, S. 37, Springer, Heidelberg 1989
- BRÄHLER E, WEIDNER W: Psychosomatische Aspekte der chronischen Prostatitis. *Psychomed* 1, 244–247, 1989
- BROCKLEHURST JC: The ageing bladder. *Br J Hosp Med* 35, 8–10, 1986
- CLEMM C, SAUER H, SCHILLING S, BINSACH T, WILMANN S: Rehabilitation von Patienten mit malignem Keimzelltumor. *Versicherungsmedizin* 43, 105–109, 1991
- DIEDERICH S: Psychosomatische Störungen in der Urologie. *Urologe A* 25, 76–81, 1986 a
- DIEDERICH S: Sexualität und Miktionsstörung. *Gynäkol* 19, 37–41, 1986 b
- DIEDERICH S: Psychosomatische Störungen des männlichen Urogenitaltraktes. In BRÄHLER E, MEYER H (Hrsg.) *Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit*, S. 270, Springer, Heidelberg 1988
- DIMITROV CT: Psychische Faktoren bei Herpes simplex recidivans genitalis. *Z Psychosom Med Psychoanal* 19, 279–287, 1973
- DOUCHEZ J, DROZ JP, DESELAUX B, ALLAIN Y, FARGEAT P, CATY A, CHARROT P: Quality of life in long-term survivors of nonseminomatous germ cell testicular tumours. *J Urol* 149, 498–501, 1993
- FOSSA SD, AASS N, KAALHUS O: Long-term morbidity after infradiaphragmatic radio-therapy in young men with testicular cancer. *Cancer* 64, 404–408, 1989 a
- FOSSA SD, AASS N, MOLNE K: Is routine pre-treatment cryopreservation of semen worthwhile in the management of patients with testicular cancer? *Br J Urol* 64, 524–529, 1989 b
- FREEMAN RM, BAXBY K: Hypnotherapy for incontinence caused by the instable detrusor. *Br Med J* 284, 1831–1834, 1982
- FREUD S: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905), GW V, 3. Aufl., S. 27, S. Fischer, Frankfurt a. M. 1961
- FREWEN WKF: A reassessment of bladder training in detrusor dysfunction in the female. *Br J Urol* 54, 372–373, 1982
- GLUCKSMAN GR, STOLLER M: Munchausen's syndrome: Manifestation as renal colic. *Urol* 42, 347–350, 1993
- GRITZ R, WELLISCH DK, SIAU J, WANG HJ: Long-term effects of testicular cancer on marital relationship. *Psychosomatics* 31, 301–312, 1990
- GÜNTHER EA: Eine urologische Praxis. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*, S. 135, 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart 1992
- GÜNTHER EA, DIEDERICH S: Psychosomatische Aspekte in der Urologie. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 1052, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- HANGGI W, AMMANN M, GOSSWEILER J, BIRKHÄUSER MH: Ist die Spermakryokonservation bei jungen Patienten sinnvoll? *Geburtshilfe-Frauenheilk* 52, 32–34, 1992
- HENDRISCHKE A, KRÖGER F, WÄLTE D: Personalbedarf für den psychosomatischen Liaisondienst in der Klinik für Urologie der RWTH Aachen. In SENF W, HEUFT G (Hrsg.) *Gesellschaftliche Umbrüche – individuelle Antworten*. Verlag Akademische Schriften 1995 (i. Dr.)
- HIGGS DJ: The patient with testicular cancer: Nursing management of chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 17, 243–249, 1990
- JANSSEN PL, KUKAHN R, SPIELER KH, WEISSBACH I: Zur Psychosomatik der chronischen Prostatitis. In BRUNNER H, KRAUSE W, ROTHAUGE CF, WEIDNER W (Hrsg.) *Chronische Prostatitis*, S. 265, Schattauer, Stuttgart 1983
- JARVIS GJ: Bladder drill for the treatment of enuresis in adults. *Br J Urol* 54, 118–119, 1982
- MALEC JF, ROMSAAS EP, MESSING EM, CUMMINGS KC, TRUMP DL: Psychological and mood disturbance associated with the diagnosis and treatment of testis cancer and other malignancies. *J Clin Psychol* 46, 551–557, 1990
- MARANZANO E, LATINI P, LEGGIO M, ARISTEI C, PANIZZA BM, PERRUCCI E, LUPATELI M: Il seminoma del testicolo negli stadi I e II nonbulky. Sedici anni di esperienza. *Radiol Med Torino* 87, 865–869, 1994

- MEYHOFF HH, GERSTENBERG TC, NORDLING J: Placebo – the drug of choice in female motor urge incontinence? *Br J Urol* 55, 34–37, 1983
- MILLER HC: Stress Prostatitis. *Urology* XXXII, 507–510, 1988
- MOYNIHAN C: Testicular cancer: The psychosocial problems of patients and their relations. *Cancer Surv* 8, 477–510, 1987
- NORDSTROM GM, NYMAN CR, THEORELL T: The impact on work ability of ileal conduit urinary diversion. *Scand J Soc Med* 18, 115–124, 1990
- NORDSTROM GM, NYMAN CR: Living with a urostomy. A follow up with special regard to the peristomal-skin complications, psychosocial and sexual life. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 138, 247–251, 1991
- NORDSTROM GM, NYMAN CR: Male and female sexual functions and activity following ileal conduit urinary diversion. *Br J Urol* 70, 33–39, 1992
- PAEZ-BORDA A, LLORETZ-ABARCA C, HERRERO-PAYO A, ACEBAL-LUCIA J, BERENGUER-SANCHEZ A: Aspectos no quirurgicos del cancer testicular; guia practica para el urologo. *Actos Urol Esp* 17, 226–233, 1993
- RUSHTON H: Evaluation of the enuretic child. Special edition: Treatment of childhood enuresis. *Clin Pediat* 14–18, 1993
- SADGER J: Über Urethralerotik. *Jahrb Psychoanal Psychopathol Forsch* 2, 409, 1910
- SCHOVER LR, GONZALES M, ESCHENBACH VON AC: Sexual and marital relationship after radiotherapy for seminoma. *Urology* 27, 117–123, 1986
- SCHWIDDER W: Zur Symptomatik und Ätiologie der Enuresis und Enkopresis. In STRASSER P, STRASSER F (Hrsg.) *Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin*, S. 298, Verlag Medizinische Psychologie, Göttingen 1952
- SINAKI M, MERRIT JL, STILLWELL KG: Tension myalgia of the pelvic floor. *Mayo Clin Proc* 52, 717, 1977
- SÖKELAND J: *Urologie*, 11. Aufl., Thieme, Stuttgart 1993
- SPENGLER A, KLEBER R: Psychische und sexuelle Situation von Patienten nach radikaler Prostatektomie. *Münch Med Wschr* 124, 221–226, 1982
- STANFORD J: Testicular self-examination: Teaching, learning and practice by nurses. *J Ado Nurs* 12, 13–19, 1987
- STÖHRER M, LÖCHNER-ERNST D, GOLPEL M, MANDALKA BS, NOLL F, RÜBBEN H: Neurogene Blasenfunktionsstörungen aus urologischer Sicht. *Dt Arztebl* 91, B, 1576–1584, 1994
- THOMAS TM, FLYMAT KR, BLANNIN J, MAEDE TW: Assessment and management of adults with enuresis. *Br Med J* 281, 1234, 1980
- VERECKEN RL: Psychological and sexual aspects in different types of bladder dysfunction. *Psychother Psychosom* 51, 128–134, 1989
- WEIDNER W: Moderne Prostatitisdiagnostik. In SCHMIDT E, ALTWEIN JE, BAUER HW (Hrsg.) *Klinische und experimentelle Urologie*, Bd 7. Zuckschwerdt, München 1984
- WILHELM E: Die Beckenbodenmyalgie, keine Prostatitis. *Dt Ges Urol* 36, 494, 1985

## E.2 Dialyseverfahren\*

HUBERT SPEIDEL

### 1. Einleitung

Die Dialyseverfahren sind die verbreitetste und psychologisch am genauesten untersuchte Form des prothetischen Ersatzes lebenswichtiger Organfunktionen. Sie sind deshalb u. a. auch besonders wichtig geworden als Prototyp jener lebenserhaltenden Techniken, die als Alternative zum Sterben ein mehr oder weniger langes, mehr oder weniger reduziertes Überleben ermöglichen. Die Erfindung der künstlichen Niere hat einen rasch ablaufenden Vorgang der Vergiftung durch harnpflichtige Substanzen im Rahmen einer dekompensierten terminalen Niereninsuffizienz, der früher unter dem Zeichen der Bewußtseinsveränderung über das Koma in wenigen Tagen zum Tode führte, in einen Zustand chronischen Siechtums verwandelt. Die künstliche Niere hat also ein neuartiges – iatrogenes – Krankheitsbild als Alternative zum Sterben erzeugt. Die psychischen Voraussetzungen dafür, daß die Dialyse erfolgreich verläuft, die psychischen Begleiterscheinungen und Folgen der Dialyse, die Formen der Verarbeitung der damit verbundenen Belastungen, die Problematik der Partner- und Familienbeziehungen, die Fragen von Beratung und begleitender Psychotherapie, rehabilitative Probleme, all das ist am Beispiel der Dialyse studiert worden und kann dem Arzt als Modell des Verständ-

nisses von chronischer körperlicher Krankheit dienen. Es wurde vom «Lazarus-Phänomen» (ABRAM, 1974) und vom «Altern im Zeitraffertempo» (SPEIDEL in BALCK et al., 1985) gesprochen, und beide Metaphern kennzeichnen die Spannbreite möglicher Betrachtungsweisen und vorhandener Probleme. Neben diesem allgemeinen Modellcharakter enthalten alle prothetischen Behandlungen lebensbedrohlicher Erkrankungen auch spezifische Probleme, die es notwendig machen, die einzelnen klinischen Situationen gesondert zu betrachten.

Alle technischen Entwicklungen haben drei wesentliche Nachteile nicht ausgleichen können: Die natürliche Niere ist nicht vollkommen nachzuahmen; die Apparatur ist nicht gut transportabel; die Mobilität des Dialysepflichtigen ist deshalb eingeschränkt, und dies auch wegen der Zeitdauer pro Einzeldialyse, die ein gewisses Maß nicht unterschreiten darf, ohne die Überlebensdauer zu verkürzen.

Dialysepatienten leiden unter einer Fülle von Belastungen und Einschränkungen. Sie sind ständig von Komplikationen (s. o.) und vom Tode bedroht. Sie bringen ihnen eine Fülle unterschiedlicher Verluste; sie reduzieren das Selbstwertgefühl, die Sexualität, sie beanspruchen die adaptiven Fähigkeiten aufs äußerste und verändern Partnerschaft und Familie.

\* Herrn Prof. Dr. WALTER NIEDERMAYER, Klinik für Nephrologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, danke ich für wertvolle Hinweise.

## 2. Epidemiologie

1992 waren in Deutschland 555 Dialysezentren bekannt (7,0 pro Million Einwohner in den alten, 5,1 in den neuen Ländern). Die entsprechenden Zahlen für Österreich sind 49 (6,3), für die Schweiz 45 (6,7). Im selben Jahr wurden in Deutschland 55,7 (West) bzw. 75,4 (Ost) Patienten je Million Einwohner dialysepflichtig, in Österreich 109,6, in der Schweiz 68,2.

Die folgende Tabelle 1 zeigt für die drei Länder die Zahlen für die verschiedenen Dialyseverfahren und für die Transplantation.

Am häufigsten (etwa 54 %) wird 12 Stunden pro Woche dialysiert. Es gibt aber eine Tendenz zu kürzeren Wochendialysezeiten. Die folgende Tabelle 2 gibt die Verhältnisse für drei mitteleuropäische Länder wieder.

Die Überlebensraten für alle Arten von Nierenersatztherapie beträgt nach einem Jahr etwa 90 Prozent, nach fünf Jahren etwa 65 bis 70 Prozent; bei älteren Patienten ist der Verlauf ungünstiger. Bei Patienten mit diabetischer Nephropathie beträgt sie nach fünf Jahren etwa 25 bis 30 Prozent (GEERLINGS et al., 1994).

## 3. Die Entwicklung der Dialyseverfahren

Die extrakorporale Dialyse wurde 1913 zum ersten Mal am Tier (ABEL et al.) und 1923 am Menschen (HAAS) durchgeführt. Die Einführung des Cellophans als semipermeabler Membran (THALHEIMER, 1938), die Konstruktion von Apparaturen (KOLFF u. BERT, 1943; später u. a. MÖLLER, 1950), die Entwicklung des arteriovenösen Shunt (SCRIBNER, 1960) und die operativ angelegte arteriovenöse Fistel (CIMINO u. BRESCIA, 1960) waren die wichtigsten Voraussetzungen zur heutigen routinemäßigen Anwendung der Dauerdialyse.

Die Peritonealdialyse geht auf erste Untersuchungen im Jahr 1877 (WEGNER) zurück. Die heute üblichen Verfahren wurden in den siebziger Jahren entwickelt: Die «continuous ambulatory peritoneal dialysis» (POPOWICH, 1976) und die «continuous cycling peritoneal dialysis», die zweite mit nächtlichem häufigem Wechsel des Dialysats, haben diese Verfahren zu Alternativen der Hämodialyse gemacht (JUTZLER in BALCK et al., 1985).

Tabelle 1: Lebende Patienten mit Nierenersatztherapie (Stichtag: 31-XII.1992; nach GEERLINGS et al.: 1994)

|               | Zentrumsdialyse | Heimdialyse | IPD | CAPD | CCPD | funktionsf. Transplantat | total | je Mio/E |
|---------------|-----------------|-------------|-----|------|------|--------------------------|-------|----------|
| Deutschland   |                 |             |     |      |      |                          |       |          |
| – alte Länder | 2384            | 3           | 18  | 155  | 24   | 1104                     | 3688  | 221      |
| – neue Länder | 16195           | 428         | 122 | 1047 | 102  | 5869                     | 23763 | 387      |
| Österreich    | 1847            | 11          | 11  | 131  | 1    | 1395                     | 3396  | 440      |
| Schweiz       | 1182            | 66          | 3   | 326  | 23   | 1772                     | 3372  | 500      |

Tabelle 2: Wochendialysestunden in % der Patienten (nach GEERLINGS et al., 1994)

|               | 1985 |    |    | 1988 |    |    | 1989 |    |    |
|---------------|------|----|----|------|----|----|------|----|----|
|               | 9    | 12 | 15 | 9    | 12 | 15 | 9    | 12 | 15 |
| Deutschland   |      |    |    |      |    |    |      |    |    |
| – alte Länder | 4    | 39 | 28 | 6    | 43 | 23 | 6    | 45 | 20 |
| – neue Länder | 4    | 39 | 18 | 4    | 49 | 12 | 3    | 50 | 17 |
| Österreich    | 5    | 48 | 13 | 16   | 49 | 11 | 14   | 52 | 9  |
| Schweiz       | 18   | 30 | 9  | 22   | 25 | 5  | 24   | 26 | 4  |

#### 4. Pathophysiologie und Klinik der terminalen Niereninsuffizienz

Wenn die Nierenfunktion wegen (chronischer) Glomerulonephritis, Zystenniere, toxischer Schädigung, Diabetes mellitus usw. eingeschränkt ist, wird zunächst die Funktion über höhere Serumspiegel der Schlackenstoffe aufrecht erhalten (*Stadium der kompensierten Retention*). Klinische Zeichen sind eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, Polyurie, Durst, Nykturie, später Anämie, Hypokalzämie, Hyperphosphatämie und metabolische Azidose. Bei Hypertonie kommen die üblichen Hochdruckfolgen hinzu. Genügen die verbliebenen Nierenfunktionen nicht mehr (*Stadium der Urämie*), kommt es zu einer Intoxikation durch (niedermolekulare, wasserlösliche, dialysable) Urämietoxine. Die wichtigste urämiebedingte Störung ist diejenige des Hirnstoffwechsels bis hin zu Koma und Tod. Tödlich können auch Lungenödem und Hyperkaliämie mit Asystolie ausgehen. Die klinischen Zeichen der Urämie sind gastrointestinaler Art (Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, hämorrhagisch-ulzeröse Stomatitis, Gastritis und Colitis); zentralnervöse, periphere neurologische und kardiovaskuläre Störungen (Perikarditis, Lungenödem). Je nach Entwicklung der Muskulatur oder dem Vorliegen von Hypertonie oder Diabetes mellitus ist ein Serumkreatiningehalt von etwas unter oder über 10 mg der Grenzwert, bei dem eine konservative Behandlung nicht mehr aussichtsreich erscheint.

Die Erkrankungen, die eine Niereninsuffizienz bedingen, sind nach den Daten der European Dialysis and Transplant Association (EDTA) von 1979 Glomerulonephritis (32,7 %), Pyelonephritis (20,9 %), die Phenacetinniere (3 %), Zystenniere (9,2 %), hereditäre Nierenerkrankungen (2,8 %), Nierengefäßerkrankungen (8,3 %), Nierenbeteiligung bei Systemerkrankungen (8,5 %) und Niereninsuffizienz unbekannter oder anderer Ursachen (14,7 %). Zu letzteren Ursachen gehören Diabetes mellitus (Kimmelstiel-Wilson-Niere), Nieren-Tuberkulose, Amyloidose, Gicht, Lupus erythematodes,

Sklerodermie, Oxalose, Zystinose u. a. Stoffwechselerkrankungen (RITZ in BALCK et al., 1985).

Die klinische Diagnose der terminalen Niereninsuffizienz läßt sich oft auf den ersten Blick durch die schmutzig-grau-gelbliche *Hautfarbe* stellen, die auch alle Dialysepatienten kennzeichnet (Oxydation retinierter Urochromogene). Die dem Licht nicht ausgesetzte Haut und die Schleimhäute sind blaß. Wegen der mit der Urämie verbundenen Blutgerinnungsstörung kommt es zu Petechien, Ekchymosen, Hämatomen und Schleimhautblutungen. Pruritus und kleinpapulöse, blaß-rötliche Exantheme sind ebenfalls charakteristisch. Xanthome und Xanthelasma sind Zeichen einer Fettstoffwechselstörung unbekannter Herkunft.

Inappetenz, morgendliche Übelkeit, Erbrechen, der Foetor uraemicus, Stomatitis, Pharyngitis, Enterokolitiden, gastrointestinale Blutungen, Hämaturie, Durchfälle treten auf. Regelmäßig kommt es zu einem *arteriellen Bluthochdruck*. Myokardinfarkt und zerebrovaskuläre Insulte können die Folge sein. Perikarditis ist oft ein Frühsymptom. Als Lungensymptomatik tritt neben dem oben genannten Lungenödem oft auch die «Flüssigkeitslunge» auf, ein Zustand mit Flüssigkeitsansammlung u. a. auch im Intestinum, die zwar Atemnot erzeugt, aber keine Auskultations- und Perkussionsbefunde.

Wenn die glomeruläre Filtrationsrate 50 ml/min unterschreitet, kommt es zur *Anämie* mit allen bekannten Folgen, und zwar sowohl wegen verminderter Blutneubildung als auch wegen Hämolyse, okkulten gastrointestinalen Blutungen und Mineral- sowie Vitaminstoffwechselstörungen. Diese Symptomatik hat aber durch neuerlich verfügbares rekombinantes *Erythropoetin*, einem reifungs- und poliferationsfördernden Regulationsfaktor, an Bedeutung verloren. Eine gesteigerte Infektanfälligkeit weist auf einen Defekt der zellulären Immunabwehr, u. a. mit verminderter (t-)Lymphozytenzahl hin. Auch die Funktion der Thrombozyten ist gestört und die Fibrinolyse vermindert. Ziehende Schmerzen in Beinen und Wirbelsäule, gelegentlich auch Spontanfrakturen weisen auf die unterschiedlichen Formen der renalen Osteopathie hin. Die Stoffwechsellage ist katabol, das Körpergewicht und die Muskulatur nehmen ab. Freisetzung von Kalium und metabolische Azidose sind die Folge. Die veränderte Glukosetoleranz ist eventuell auf eine Insulinresistenz zurückzuführen.

Die hier und im folgenden beschriebenen Symptome und Komplikationen treten auch und gerade im Stadium der Dialysepflichtigkeit ein. Die unbehandelte Urämie führt nämlich, wenn sie einmal entwickelt ist, innerhalb weniger Tage zum Tode. Symptome, die zu ihrer Entwicklung Zeit brauchen, wie Hautfärbung und Osteopathie, werden erst unter den Bedingungen der chronischen durch die Dialyse nicht vollständig umkehrbaren urämischen Situation manifest.

Unter der Dialyse ist auch der Hormonstoffwechsel vielfältig gestört; aber nur Störungen im Parathormonstoffwechsel und in demjenigen der Sexualhormone führen zu klinischen Symptomen (BRUNKHORST u. STOLTE in BALCK et al., 1985). Ausgeprägt ist die Erhöhung von Somatotropin, Prolaktin, follikelstimulierendem und luteinisierendem Hormon. Laktation und Gynäkomastie können die Folge sein. Der Testosteronspiegel ist erniedrigt. Kardiovaskuläre Komplikationen, u. a. *Myokardinfarkt* (12% der Todesursachen), Sekundenhertztod und Myokardinsuffizienz, aber auch zerebrovaskuläre Insulte und Perikarditis sind häufig (dreifache Mortalität gegenüber gleichaltrigen Gesunden). Ursächlich sind Volumen- und Druckbelastung, metabolische und toxische Störungen wie Hyperkaliämie, Azidose, Myokardverkalkung bei sekundärem Hyperparathyreoidismus, Urämietoxine, urämische Perikarditiden und Anämien von Bedeutung. Auch bakterielle Endokarditiden als Folge von Fistel- oder Shuntinfektionen kommen vor. Hauptrisikofaktor ist aber die Hypertonie.

Die *renale Osteopathie* hängt mit einem gestörten Vitamin-D-Metabolismus und der Skelettresistenz gegenüber der kaliumaktivierenden Wirkung von Parathormon zusammen. Zur Osteomalazie kommt der erhöhte Knochenstoffwechsel mit Fibroosteoklasie bei sekundärem Hyperparathyreoidismus hinzu. Auch schädigende Einflüsse der Hämodialysebehandlung selber (Fluor- und Magnesiumablagerung in den Knochen, Demineralisierung durch Heparin) spielen eine Rolle.

*Zentralnervöse Symptome* und *periphere Neuropathie* sind die Folgen der urämischen Intoxikation. Sie sind aber ebenso wie das Dialysedysäquilibrium-Syndrom (Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Hypertonie, Sehstörungen, Zittern, Krämpfe), der dementive Abbau nach etwa vier Jahren sowie zentralnervöse Komplikationen infolge von Medikamentenüberdosierungen in erfahrenen und gut geführten Dialysezentren fast verschwunden. Muskelkrämpfe entstehen im Zusammenhang mit dem Salzzug. Treten sie nachts auf, sind sie oft Vorboten einer peripheren Neuropathie.

*Gastrointestinale Störungen* (Übelkeit, Erbrechen, Gastritis, Colitis) sind charakteristische Urämiezeichen. Unter der Hämodialyse können intramurale Hämatome, peptische Ulzera, Hiatushernien und Divertikulosen, verlangsamte Mobilität, Hyposekretion von Magensäure, erhöhter Serumgastrinspiegel u. a. gehäuft auftreten.

Regelmäßig kommt es zu einer normochromen, normozytären *Anämie*. Es handelt sich um eine Produktionsstörung, die durch diagnostischen und therapeutischen Blutverlust sowie durch die dialysebedingte Hämolyse kompliziert werden. Die hämorrhagische Diathese bei Urämie ist eine Folge von vermehrter Permeabilität und Fragilität der Gefäße. Schließlich gibt es auch eine leukopenische Abschwächung der Immunantwort und eine Störung des Zuckerstoffwechsels mit Insulinresistenz.

Anurische Dialysepatienten können die optimale strenge Flüssigkeitsrestriktion schlecht einhalten, so daß *Gewichtszunahmen* zwischen den Dialysen um 1,5 bis 3 kg durchschnittlich sind.

Wegen der Reduzierung der zellulären und humoralen Immunabwehr führen infektiöse Komplikationen bei 24 Prozent der Dialysepatienten zum Tode. Vor allem die Hepatitis B (Serumhepatitis) ist mit einem Letalitätsrisiko von 5,9% gefürchtet. Die Non-A-non-B-Hepatitis geht in 47 Prozent in eine chronische Form über (HUBER et al. in BALCK et al., 1985).

## 5. Technik

Das physikalische Prinzip der künstlichen Niere besteht in selektiver Diffusion (Dialyse) und Osmose mit Hilfe eines Dialysators (semipermeable Membran) und des Dialysates (Waschwasser). Es gibt unterschiedliche Verfahren (Hämofiltration, segmentielle Ultrafiltration), die hier nicht gesondert erörtert werden. Die konventionelle Hämodialyse ist eine Kombination von selektiver Hämodialyse, Osmose und Ultrafiltration (umgekehrte Osmose). Die Membran ist biokompatibel und sterilisierbar; die Porengröße muß reproduzierbar die biologisch wertvollen Makromoleküle zurückhalten, aber harnpflichtige Substanzen (wie das Dialysat) eliminieren. Bei den Dialysatoren werden Spulen-, Platten- und Kapillardialysatoren unterschieden. Letztere gelten als am effektivsten. Die künstliche Niere ist eine Apparatur, die auf der Basis der oben genannten Materialien und Bedingungen das Dialysat proportioniert, es entgast, temperiert, seine Zusammensetzung überwacht, es auf Hämoglobin (Blutleck!) und den richtigen Druck

kontrolliert. Auf der Blutseite gibt es eine Blutpumpe, Druckmonitoren und eine Luftfalle am venösen Auslauf (STREICHER in BALCK et al., 1985).

Die Dialyse wird in der Regel dreimal pro Woche durchgeführt. In der akuten Hämodialyse kommt auch eine höhere Frequenz (4×) in Frage; wenn lediglich die Wasserausscheidung eingeschränkt ist, kann auch eine geringere Frequenz (2×) genügen.

Eine wesentliche Voraussetzung für die komplikationsarme Dauerdialyse ist ein geeigneter, d. h. möglichst oft benutzbarer Gefäßzugang mit einem hinreichend großen Blutdurchfluß. Dennoch gibt es eine Reihe von Komplikationsmöglichkeiten (thrombotische Verschlüsse, Infektionen, Dekubitalulzera), welche wegen der vitalen Bedeutung der Fistel den Dialysanden stark beunruhigen können. Eine heute verbreitete Methode ist der Sheldon-Katheter, ein durch Direktpunktion zentral (obere oder untere Hohlvene) eingebrachtes System. Die Haltbarkeit eines Gefäßzugangs ist sehr unterschiedlich, in Abhängigkeit von der Venendicke.

Bei einem chronisch-progredienten Nierenleiden kann der Zugang zum Gefäßsystem frühzeitig geplant und angelegt werden. Durch regelmäßige kurzfristige Stauungen lassen sich Venen zur Shuntanlage heranbilden. Durch eine Anastomose (bevorzugt: End-zu-Seit-Anastomose) wird eine Arterialisierung erreicht. Sogenannte tertiäre Gefäßzugänge (Kunstgefäße) werden bei vielen Voroperationen und bei kleinen Kindern notwendig (KEMKES in BALCK et al., 1985).

Als Alternative zur Hämodialyse wird, vor allem in der modernen Form der kontinuierlichen ambulanten Peritonealdialyse (CAPD), das Peritoneum als natürliche Dialysemembran verwendet. Über vier bis sechs Stunden verbleiben zwei Liter Dialyseflüssigkeit in der Peritonealhöhle, die über einen implantierten Katheter einfließen und nach Gebrauch in einem am Gürtel zusammengefalteten Plastikbeutel aufgefangen werden. Diese Prozedur mit jeweiligem Wechsel des Dialysatbeutels wird viermal täglich wiederholt und findet vorwiegend zu Hause statt.

Die Handhabung bedarf einer sicheren und sterilen Vorgehensweise und eines engen Kontaktes zum Dialysepersonal. Die Häufigkeit der Kontrollen hängt vom Verlauf ab. Die Kontinuität erspart dem Dialysanden aber die Restriktion an Flüssigkeit und Kochsalz, die bei der Hämodialyse obligatorisch sind, und das Befinden ist oft gleichmäßiger. Auch die rasche Erlernbarkeit und die einfache Apparatur sind Vorteile, insbesondere aber die größere Mobilität. Bei Diabetikern ist die CAPD auch wegen der Möglichkeit kontinuierlicher Insulinzufuhr mit dem

Dialysat vorzuziehen. Nachteile sind das Peritonitisrisiko einschließlich der damit verbundenen Adhäsionen, die Katheterverlegung und der Eiweißverlust (QUELLHORST in BALCK et al., 1985). Auch nötigt das Verfahren die Betroffenen, sich täglich wiederholt mit dieser Prozedur zu befassen. Der geringe Anteil der CAPD an den Nierenersatzverfahren spricht dafür, daß die Vorteile gegenüber den Nachteilen von vielen Nephrologen und Patienten als relativ gering angesehen werden.

## 6. Organisation der chronischen Dialyse

Die Hämodialyse wird in unterschiedlichen organisatorischen Settings angeboten: als *Klinik-* bzw. *Praxisdialyse*, als *Heimdialyse* und als *Limited-Care-Dialyse*. Die erste wird bei Patienten angewandt, die aus Gründen ihres körperlichen oder seelisch-geistigen Zustandes der dauernden ärztlichen und pflegerischen Überwachung während des Dialysevorganges bedürfen. Patienten mit einem tragfähigen häuslichen Milieu und der persönlichen Fähigkeit zum selbständigen Umgang mit der relativ komplizierten Dialysetechnik sowie einem stabilen körperlichen Zustand können zu Hause dialysieren. Sie müssen aber in der Klinik ausgebildet, von dort aus betreut und in ihrem körperlichen Zustand kontrolliert werden. Bei der Limited-Care-Dialyse handelt es sich um die Dialyse in Zentren, unter eingeschränkter Assistenz des Dialysepersonals mit weitgehender Selbständigkeit im Umgang mit dem Gerät. Dieses Ideal der weitgehenden Selbständigkeit wird aber nicht immer erreicht. Die Differenzierung der Organisationsformen hat jedoch die klinische Dialyse mit einer zunehmenden Selektion hochproblematischer Dialysepatienten belastet. Seit Einführung der Limited-Care-Dialyse ist die Heimdialyse zurückgegangen, obwohl deren potentieller Anteil auf 30 Prozent geschätzt wird. Viele Patienten scheint dieses Verfahren zu überfordern. Unter dem Aspekt von Selbständigkeit und Kostengünstigkeit ist dies zu bedauern. Nachts wird die Dialyse kaum durchgeführt. Eine Alternative zu allen drei Formen der Hämodialyse ist die CAPD, deren Vor- und Nachteile bereits oben geschildert wurden.

## 7. Psychiatrische und neurologische Komplikationen

Psychische Störungen von klinischer Bedeutung sind bei terminal Niereninsuffizienten häufig. Die Prävalenzraten werden global zwischen 20 und 50 Prozent angegeben (BALCK, 1994). Besonders häufig sind *depressive Zustände* mit körperlichen Beschwerden, gedrückter Stimmung, Reizbarkeit, Hypochondrie, Inaktivität und Müdigkeit. Sie erreichen selten psychotisches Ausmaß. Die Versuche ihrer Klassifizierung sind wenig ergiebig. In der Regel handelt es sich um die Reaktion auf den veränderten und begrenzten Lebensplan, die zahlreichen Verlusterlebnisse, Frustrationen und Mühseligkeiten, die Veränderungen in der Familie und im Beruf, zusammen mit der reduzierten körperlichen Verfassung und deren Auswirkungen auf die Stimmungslage, in manchen Fällen auch um die Reaktion auf hirnorganische Beeinträchtigungen.

Im Zusammenhang hiermit und auch unabhängig davon ist bei terminal Niereninsuffizienten die *Suizidalität* zu beachten. Sie ist zweifellos beträchtlich erhöht, wenngleich wegen der unterschiedlichen selbstdestruktiven Möglichkeiten der Dialysanden (Diät, Flüssigkeitszufuhr, Maschinenzwischenfälle) schwer abzuschätzen. ABRAM et al. (1971) fanden im Rahmen einer großen Fragebogenstudie eine Rate von 5 Prozent suizidalen Verhaltens. Fallstudien ergaben, daß dies vor allem im Zusammenhang mit dem Verlust von Angehörigen und anderen gravierenden Lebensveränderungen stand. Suizidgedanken sind sehr häufig (etwa 27 % bis 46 % der Patienten).

Eine Sonderform suizidalen Agierens ist die *Verweigerung der Behandlung*. Hier spielt das Scheitern der Interaktion, auch mit dem Dialyseteam, eine wichtige Rolle (CZACZKES u. KAPLAN DE-NOUR, 1978). Es tritt unter anderem charakteristischerweise bei schweren Komplikationen und schweren psychosozialen Problemen sowie am Übergang von akuter zu chronischer Dialyse auf, d.h. wenn dem Patienten erkennbar wird, daß sich die Nierenfunktion nicht restituiert.

*Angst* tritt häufig beim Anschließen an das Dialysegerät auf, ist dann aber vorübergehender Natur. Sie kann ein Warnzeichen für eine Überforderungssituation, z. B. mit einem bestimmten Dialysetiming oder allgemeiner für eine schlechte Anpassung sein oder auch eine gefährdete Partnerbeziehung ankündigen. Häufig äußert sich Angst verdeckt, z. B. in Gestalt von Ablenkungsmanövern oder vermehrten Gesprächen der Patienten untereinander.

Sehr verbreitet sind bei Patienten unter der Dialyse *chronische Schlafstörungen*, u. a. als Einschlafstörungen nach den Dialysen.

*Hirnorganische Störungen* (amnestische Syndrome, Durchgangssyndrome, paranoide Episoden, Delire) kommen unter der Dialyse vor.

Gefürchtet war früher die sogenannte *Dialyseencephalopathie*, die sich 14 bis 36 Monate nach Beginn der Dialyse mit zunächst unspezifischen Symptomen und einer darauffolgenden Sprach- und Sprechstörung (Dysarthrie und Dysphasie) manifestieren kann sowie mit Merkschwäche, Myoklonien, Apraxie, Ermüdbarkeit; später folgen psychotische Symptome und eine fortschreitende Demenz. Neurologische Zeichen sind bei diesem Krankheitsbild wenig ausgeprägt, aber ein deutlich abnormes EEG geht den klinischen Zeichen oft um Monate voraus. Aus einer vermehrten Aluminiumkonzentration im ZNS und anderen Organen schloß man auf eine vermehrte Aluminiumaufnahme als ätiologischem Faktor. Vermutlich handelt es sich aber um ein komplexes Geschehen, bei dem auch die Blut-Hirn-Schranke und häufige Überwässerungen zwischen den Dialysen wesentlich sein dürften. Die Verwendung von aluminiumhaltigen Phosphatbindern ist deshalb stark zurückgegangen und das Krankheitsbild in den letzten zehn Jahren nahezu völlig verschwunden.

Die Urämie schädigt auch die *intellektuellen Funktionen*, die sich im ersten Halbjahr nach Dialysebeginn wieder bessern. Aufgrund verschiedener Studien muß angenommen werden, daß mit zunehmender Dialysedauer intellektuelle Funktionen (Lernfähigkeit, praktische Intelligenz) beeinträchtigt werden.

Eine klinisch manifeste *urämische Neuropathie* wird zu Beginn der Dialyse bei 25 Prozent der Patienten beobachtet. Die Nervenleitgeschwindigkeit ist bei über der Hälfte der Patienten vermindert (unter 40 m/s). Krampferscheinungen in den Muskeln der Unterschenkel und Füße, Unruhe in den Beinen, symmetrische brennende Mißempfindungen («burning feet») sind die subjektiven Zeichen.



Der Ausfall der Achillessehnenreflexe und Störungen der Sensibilität, beim Vollbild von distal aufsteigende Atrophie sind die objektivierbaren Merkmale. Leichte Veränderungen sind durch die Behandlung reduzierbar, schwerere nicht (PAULSEN u. SPEIDEL in BALCK et al., 1985).

## 8. Die psychische und soziale Situation der terminal Niereninsuffizienten

Die psychischen und sozialen Implikationen der Patienten unter Nierenersatztherapie sind so gravierend und unübersehbar, daß sie frühzeitig das Interesse von Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten gefunden haben.

### a) Verlusterlebnisse

Ein großer Teil der Einflüsse und Veränderungen im Zusammenhang mit der terminalen Niereninsuffizienz und der Dialyse läßt sich am besten unter dem Aspekt der mannigfachen Verluste unterschiedlicher Gratifikationen, Fähigkeiten und Lebensmöglichkeiten subsumieren: Die Veränderung des körperlichen Aussehens mit der schmutzig-fahl-gelblichen Gesichtsfarbe, den Narben am Arm, die Abnahme an Kraft, Vitalität, Gestimmtheit, mit anderen Worten der (körperlichen) Attraktivität bedeuten vor allem für die jüngeren Patienten eine schwere Beeinträchtigung ihres Lebensgefühls. Auch die vitalen Bedürfnisse – Sexualität, Essen, Trinken – erfahren eine Reduzierung. Mit ihnen verarmen die sozialen Beziehungen, die auch schon durch den hohen zeitlichen Aufwand der Dialyse beeinträchtigt sind. Die Familie strukturiert sich um: Der Patient erfährt häufig eine Einbuße an Einfluß und Position, z. B. dadurch, daß er nicht mehr der Ernährer der Familie, ihr gefragter Ratgeber und Organisator ist. Wenn die Kinder ihn schonen und sich dem anderen Elternteil anvertrauen, verliert der Patient einige seiner wichtigsten sozialen Kontakte. Dies geschieht auch im äußeren Kreis: Gemeinsames Essen und Trinken mit Freunden tritt in den Hintergrund und soziale Isolation

ist die unvermeidliche Folge, auch, weil die Patienten oft gemieden werden.

### b) Veränderungen des Selbstwertgefühls

Alle diese Einflüsse treffen das Selbstwertgefühl schwer. Hinzu kommt die Erfahrung, den Partner nicht mehr zufriedenstellen zu können und durch geringere Leistungen für ihn und die Kinder weniger wertvoll zu sein. Die Abnahme an Konkurrenzfähigkeit und an Macht im Beruf wird für ihn schmerzlich, insbesondere im Zusammenhang mit intellektuellen und Vitalitätsbeeinträchtigungen. Die öfter als eigentlich nötig erfolgende Berentung dient in dieser Blickrichtung auch der Vermeidung narzißtischer Verletzungen.

### c) Sexualität

Je nach Alter und Lebenssituation spielt die Beeinträchtigung der Sexualität eine mehr oder weniger große Rolle. Man kann davon ausgehen, daß bei etwa 70 Prozent der männlichen Patienten die sexuelle Funktion gestört ist (LEVY u. WYNBRANDT, 1975; SPEIDEL et al., 1983 a). Die Prozentsätze sexueller Funktionsstörungen bei Frauen werden mit 43 bis 65 Prozent angegeben (SPEIDEL, 1983 a). Dafür gibt es plausible Gründe, die aus der Stoffwechselsituation ableitbar sind.

Hormonveränderungen (s.o.), die Abnahme der Spermienzahl und -motilität sowie Leydig-Zell-anomalien sprechen für Organschädigung bzw. nervale und endokrine Störungen. Antihypertensiva und Anticholinergika, Gefäßerkrankungen als Folge von Hypotonie und Diabetes mellitus sowie die Anämie können die sexuellen Funktionen beeinträchtigen. Die Urämie schädigt die Fertilität; diese verbessert sich durch die Dialyse bei Männern manchmal, bei Frauen selten.

Die Zusammenhänge dieser häufigen Beeinträchtigungen sind aber komplex. So zeigt sich, daß die sexuellen Funktionsstörungen sich von dem Zustand der terminalen Niereninsuffizienz zum Stadium der Hämodialyse eher verschlechtern, obwohl alle physiologischen Parameter sich verbessern (SPEIDEL, 1983 a). Ehefrauen von Hämodialysepatienten sind ebenso häufig frigide wie die weibliche Hämodialysepatientin, und 40 Prozent der Partner von Dialysepatientinnen weisen funktionelle Sexualstörungen auf (STEELE et al.,

1976). Andererseits besserten sich die Störungen bei Partnerwechsel oder im Zusammenhang mit der Besserung der Partnerbeziehung (MILNE et al., 1978).

Diese Befunde sprechen dafür, daß gerade im Falle der krankheitsbedingten Reduzierung der Vitalität und der Körperfunktionen die Güte der Beziehungen eine wichtige Rolle spielt, daß die krankheitsbedingten psychosozialen Probleme die Sexualität stören und daß die gestörte Sexualität in diesen Fällen, in denen die Patienten angesichts vitaler Probleme und schwerer Sorgen um Gesundheit und Familie das Interesse an der Sexualität verlieren mögen, anders zu beurteilen ist als bei sonst Gesunden. In manchen Fällen sind wohl die Krankheit und die Funktionsstörung eine Möglichkeit, sich aus einer unerwünschten Intimität zurückziehen zu können.

Zwei typische Krankheitsbilder, nämlich depressive und hirnorganische Störungen, kommen einerseits bei Dialysepatienten häufig vor; sie sind andererseits auch ein wichtiger Grund für sexuelle Funktionsstörungen. Diese erzeugen oder verstärken depressive Verstimmungen, zu denen Dialysepatienten ohnehin neigen.

Zu den Problemen, welche die sexuellen Funktionen stören können, gehören auch die negativen Rollenveränderungen, von denen diese chronisch Kranken betroffen sind. So verwundert es nicht, daß die sexuellen Störungen bei beruflich Rehabilitierten weniger häufig sind als bei Nichtrehabilitierten (KAPLAN DE-NOUR, 1978).

Die Neigung von Ärzten und Betroffenen, Störungen der Krankheits- und Behandlungssituation zuzuschreiben, führt im übrigen manchmal zu Fehlzuschreibungen. Die Sexualstörung ist unter Umständen ein Symptom, das viel ältere neurotische (Beziehungs-)Störungen verdeckt (SPEIDEL, 1983 b), und chronisch Kranke mögen ohnehin zum Glorifizieren der Vergangenheit neigen (ABRAM et al., 1971; CZACZKES u. KAPLAN DE-NOUR, 1978).

#### d) Partnerschaft und Familie

Die chronische Krankheit und die Behandlung haben einen großen Einfluß auf die Partner- und die familiären Beziehungen. Anhand der Veränderungen der Sexualität wurde dies bereits illustriert. Die Ehepartner haben mehr Angst um die Patienten als diese um sich

selbst, mehr Alpträume und mehr funktionelle Beschwerden. Nervosität, Kopfschmerzen und Schlafstörungen sind häufig. Es handelt sich insofern um eine *Delegation* von Belastungen und Beschwerden auf den gesunden Partner («Einer trage des anderen Last»). Die Lebenspartner sind oft auch depressiv verstimmt und von unterschiedlichen Verlusten und Behinderungen belastet, durch den möglichen Tod beunruhigt und durch die sozialen Einschränkungen eingengt und isoliert. Die regressive Haltung des kranken Partners und die häufige Rollenumkehr (besonders wenn der Ehemann der Patient ist) irritiert die gesunde Partner und nötigt sie zu erheblichen adaptiven Leistungen. Feindseligkeit bis zu unbewußten Todeswünschen, die oft auf Sündenböcke (die Maschine, die Punktionsnadel, das Dialyseteam) verschoben wird, spielt eine wichtige, die therapeutischen Funktionen und die Zusammenarbeit in der Dialyse behindernde Rolle. Verlusterlebnisse unterschiedlicher Art stehen bei Patienten und Partnern gleichermaßen offenbar an erster Stelle der Probleme im Zusammenhang mit der Dialysesituation (KOCH u. SPEIDEL in BALCK et al., 1985). Die tiefgreifenden Veränderungen der Partnerschaft sind oft durch aggressive Gehemmtheit auf seiten der Partner gekennzeichnet. Beide müssen ja die Zumutungen, die von dem Patienten ausgehen, die Verluste und Einschränkungen verkraften. Beide haben aus unterschiedlichen Gründen Schuldgefühle. Rückzug aus sozialen Beziehungen und (latente) Feindseligkeit sind häufig. Eine typische Haltung der Partner, teils als Reaktionsbildung auf feindselige Impulse und als Ausdruck von Schuldgefühl deswegen zu verstehen, ist die übertriebene Fürsorglichkeit, welche den Patienten in der Krankenrolle hält und bei beiden Partnern die prekäre Gefühlslage unter Umständen noch verschärft.

Daß auch die *Kinder* mitbetroffen sind, zeigt sich an Schulschwierigkeiten und Verhaltensstörungen, die bei Kindern von (Heim-)Dialysepatienten auffallen (TSALTAS, 1976). Sie ziehen sich oft vom Patienten zurück und suchen Unterstützung beim gesunden Elternteil.

Auch im Hinblick auf die Partnerschaft scheint das Dialysetting von Bedeutung. Nicht nur sind Heimdialysepatienten im Ver-

gleich zu Praxisdialysepatienten weniger schlaflos, optimistischer, auch in bezug auf körperliche Anstrengungen. Gegenüber Praxis- und Klinikdialysanden sind Heimdialysepatienten weniger regressiv und passiv sowie geselliger. So verwundert es nicht, daß auch die Situation der Partner in diesem Setting günstiger ist: Die Partner sind weniger ängstlich gegenüber dem Gesundheitszustand der Patienten; auch die Beziehung ist besser und mit weniger Mißtrauen und mehr Verständnis für den Patienten. Die Partner sind autonomer, können ihre Position gegenüber dem Patienten besser verteidigen und fühlen sich auch im Hinblick auf Außenkontakte weniger eingengt (KOCH u. SPEIDEL in BALCK et al., 1985). Dieses günstige Bild der Heimdialyse ist sicher nicht nur ein Selektionseffekt.

Insgesamt wird die Dialysesituation von Patient und Partner ähnlich erlebt. Die Patienten neigen eher zur psychischen Konsolidierung, während diese bei den Partnern eher geschwächt erscheint. Es kommt zu Dominanzproblemen. Die Art der Verarbeitung der Behandlungssituation ist geschlechtsabhängig. Die psychische Problematik der Partner, z. B. in bezug auf die Abhängigkeitsprobleme, verschärft sich im Verlauf der Dialyse eher, als daß sie abnimmt. Auch deshalb sollten die gesunden Partner in präventive und kurative Bemühungen auf psychosozialem Gebiet einbezogen werden (SPEIDEL et al. in BALCK et al., 1985).

#### e) Adaptive Prozesse

Das Hadern mit dem Schicksal führt selten zu offenen Äußerungen von Wut und Haß, eher zu autodestruktiven Vorgängen wie Diätverstößen und suizidalem Agieren oder zu projektiven Vorgängen wie dem Beschuldigen von Ärzten und Schwestern. Auch regressive Haltungen sind typisch. Die Verschiebung nach phobischem Muster auf Detailprobleme wie die Punktionsnadel, ermöglicht es, Angst, Enttäuschung und Vorwürfe auf einen relativ harmlosen Ort zu lokalisieren und somit relativ sozialverträglich zu handhaben (SPEIDEL, 1986). Es handelt sich bei diesen Phänomenen um adaptive Reaktionen (Abwehr- und Bewältigungsmaßnahmen) auf Verlust- und

Selbstwertprobleme wie auch zur Meisterung der neuen Realität.

Der schon von den ersten Untersuchern und relativ uniform vorgefundene wichtigste *Abwehrmechanismus* war derjenige der (Angst- und Gefahren-)Verleugnung, unter dem sich die Patienten paradoxerweise sogar als weniger ängstlich gegenüber einer gesunden Eichstichprobe darstellten (SHORT u. WILSON, 1969; SPEIDEL et al., 1970). Dabei handelt es sich einerseits um einen Artefakt: Die Patienten, die ohnehin «overdoctored» sind, schützen sich dagegen, Objekte wissenschaftlicher Neugier zu werden; zudem sind die Fragen standardisierter Meßinstrumente recht pauschal. Andererseits ist dies auch eine gewissermaßen sinnvolle Maßnahme gegen soziale Isolierung: Wenn die Patienten keine Angst haben, müssen sie auch nicht gemieden werden. Ein anderer Mechanismus, mit dem ein Teil der subjektiven Last abgegeben und verteilt werden kann, ist derjenige der Delegation auf den Partner (s. o.). Weniger günstig sind projektive Verarbeitungsformen (s. o.), weil sie einen negativen Einfluß auf die Zusammenarbeit mit dem Personal («Compliance») haben können. Die Berentung als Schutzmaßnahme für das Selbstwertsystem wurde schon erwähnt. Besonders für Menschen, die im Beruf sehr aktiv waren und eine intellektuell anspruchsvolle Arbeit hatten, ist die Anpassung an die neue Situation schwierig.

Günstige, konstruktive Formen adaptiver Prozesse sind Versuche, das Lebenskonzept neu zu formulieren, einen neuen «Sinn des Lebens» zu finden. Viele Patienten sagen, sie lebten nur für die Familie weiter. Hier ist die Abwehr von Depression und Suizidalität deutlich. Andere Patienten leisten aber eine grundlegende Änderung ihrer Position, wenn sie sagen, sie hätten nun erst verstanden, was im Leben wirklich wichtig sei. Sie realisieren, was man mit Fug und Recht Weisheit nennt, und sind so imstande, ihre Beziehungen auf neue Fundamente zu stellen.

Für die Qualität der adaptiven Vorgänge gibt es natürlich Voraussetzungen. Was wir Ich-Stärke im Sinne einer strukturell bedingten Bewältigungskapazität nennen, gehört dazu und damit die schon früher erworbenen

und früher gezeigten Fähigkeiten, schwierige Lebenssituationen durchzustehen. Biographische Faktoren mit hinreichend guten frühen Beziehungspersonen und stabilen aktuellen familiären Beziehungen sind hier vor allem wichtig.

## 9. Kinderdialyse

Besonders schwer ist es für Kinder und ihre Eltern, wenn die Aussicht auf Heilung der Kinder aufgegeben werden muß. Angst vor Schmerzen, Gefühle des Ausgeliefertseins und sozialer Rückzug bestimmen die Kinder, und zwar abhängig davon, wie frühere krisenhafte Belastungen von der Familie bewältigt worden sind. Die behutsame Unterstützung durch Ärzte und Schwestern ist hier von besonderer Bedeutung. Die Angst vor Schmerzen, vor dem Alleingelassenwerden, vor den Alarmsignalen und Komplikationen begleitet die Kinder in die Dialyse. Phantasien von Widerstand und Davonlaufen äußern sich allenfalls in Unruhe, Schreien und Sich-wehren gegen das aggressiv erlebte Personal oder münden – häufiger – in Regression, Depression, sozialem Rückzug und Diätüberschreitungen. Die Ohnmachtsgefühle der Eltern zeigen sich in deren psychosomatischen Beschwerden, in überbehütendem, kontrollierendem Verhalten oder in ärgerlichen Reaktionen. Sorgfältige Informationen und ausführliches Vertrautmachen mit der Situation, Einüben und begleitende Gespräche können dagegen helfen. Die Dialyse selbst ist durch die diversen Einschränkungen, die Stigmatisierungen (Minderwuchs, Narben, Wassereinlagerungen) und die existenzielle Bedrohung gekennzeichnet. Die Kinder werden altersmäßig falsch eingeschätzt; sie neigen, eingeschränkt und nicht konkurrenzfähig, zu autoaggressiven Handlungen, Regression und Anspruch auf Verwöhnung. Mit dem Älterwerden steigt die Belastung durch die verlängerte Abhängigkeit. Die Eltern sehen sich in einer ungeliebten kontrollierenden Funktion (Diät!); ärgerliche Gefühle rufen Schuldgefühle hervor, die als ihrerseits problemgenerierende Überbelastung manifest werden. Sie sind auch oft durch Mißtrauen gegenüber der

Klinik belastet. Enttäuschung und die Minderung des Selbstwertgefühls der Eltern auch durch die soziale Isolierung sind wichtige Folgen der Erkrankung des Kindes.

Das Dialysepersonal muß zunächst einmal diese kindlichen und elterlichen Reaktionen ertragen, ohne sich zu sehr von den Folgen des darin liegenden Vorwurfs treffen zu lassen. Sie müssen in geduldiger Kooperation Eltern und Kinder kooperationsfähig machen, Angst mindern und Selbständigkeit fördern (WOLFF et al. in BALCK et al., 1985).

## 10. Rehabilitation

Der Zeitaufwand der jeweils mehrstündigen Dialysebehandlungen und die Verminderung von Kraft und Vitalität sind schwerwiegende Hindernisse für die Beibehaltung und Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Dennoch hängt die Rate der Erwerbstätigkeit grobenteils von psychischen und sozialen Faktoren ab. Sie wird zwischen 41 und 59 Prozent angegeben (KONIECZNA u. KATSCHNIK in BALCK et al., 1985; EVANS et al., 1985). EVANS et al. (1985) konnten belegen, daß die Behandlung mit Erythropoetin zwar das Befinden der Patienten bessert, aber nicht zu einer vermehrten Wiederaufnahme der Arbeit führt. SIMMONS und ABRESS (1990) referierten, daß 51 Prozent der CAPD-Patienten sich in der Lage fühlten zu arbeiten, darauf aber verzichteten, um ihre Rente nicht zu verlieren (BALCK, 1994). Arbeitsunfähigkeit und Berentung entsprechen sich also nicht. Der finanzielle Anreiz, die Arbeit wieder aufzunehmen, ist für viele Dialysepatienten zu gering. Auf die Gründe hierfür, soweit sie das Selbstgefühl, dessen Schutz und dessen Kränkung durch reduzierte psychophysische Ressourcen sowie eingeschränkte Macht und Einkommensverhältnisse betreffen, wurde schon hingewiesen. Auch eine hohe Arbeitslosenrate ist im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Arbeit demotivierend, ebenso wie die Aufgabe der Erwerbstätigkeit schon vor Beginn der Dialyse. Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Vorbereitung der Umschulung, Beratung) sollten jedenfalls schon vor Beginn der Dialyse eingeleitet sein.

## 11. Probleme des Dialysepersonals

### *a) Die Beziehung des Patienten zum Dialyseteam*

Die Situation des Patienten unter den Bedingungen der chronischen Dialyse ist u. a. durch die enge Dauerbeziehung («Zwangsehe») zum Dialysepersonal, insbesondere zu den Dialyseschwestern und -pflegern gekennzeichnet, und die Beziehung hat unterschiedliche Facetten. Einerseits ist der Patient abhängig und regrediert; seine Beziehung zum Dialysepersonal hat insoweit gewisse Züge früher Mutter-Kind-Beziehungen. Andererseits muß er erwachsen und verantwortlich mit sich und der Dialyse umgehen können. Damit entsteht fast notwendig das Risiko, daß die jeweils nicht befriedigten Bedürfnisse, z. B. diejenigen nach Autonomie vs. Versorgung, zu einem (latenten) Beziehungskonflikt führen. Die reale Abhängigkeit verhindert oft die Austragung des Konfliktes, und deshalb neigen manche Patienten zu autodestruktivem Ausagieren des Konfliktes, z. B. über Diätverstöße mit entsprechenden Zwischenfällen oder mit regressiven Haltungen.

### *b) Die Probleme des Dialysepersonals*

Diese psychischen und verhaltensmäßigen Folgen der Dialysesituation geben dem Dialysepersonal und besonders den Dialyseschwestern und -pflegern, die der Emotionalität und psychosozialen Realität und den Beziehungsangeboten der Patienten am nächsten sind, eine Fülle von Problemen auf, die ganz unterschiedliche Talente erfordern: dasjenige eines Lehrers, besonders im Heimdialysetraining und in der Limited-Care-Dialyse, diejenigen fürsorglicher Eltern und taktvoller Gesprächspartner. Sie müssen rasche Entscheidungen fällen können, die offenen und versteckten Enttäuschungsaggressionen ertragen, Sicherheit vermitteln, die Trauer um verstorbene, lange betreute Patienten ertragen und in geeigneter Weise mit den anderen Patienten teilen, das notwendige Maß an Verleugnung zustandebringen, zu guter Teamarbeit fähig sein, und zwar unter Kooperationsbedingungen, die andere Rollenvertei-

lungen zwischen Pflegepersonal und Ärzten als in anderen Stationen erfordern. Diese Aufgaben sind schwierig, müssen aber in gemeinsamer Anstrengung des Teams, zu dem auch der Dialysetechniker gehört, gut bewältigt werden, weil die Verfassung des Dialyseteams wegen der engen Beziehung Rückwirkungen auf den Patienten hat (SPEIDEL et al., 1978; STRAUCH-RAHÄUSER, 1985).

## 12. Psychosoziale Hilfen

Die besondere Situation der chronischen Dialyse stellt, wie beschrieben, Patienten und Personal vor schwierige Probleme, die psychotherapeutische Maßnahmen und Institutionsberatung erfordern.

### *a) Hilfe für die Patienten*

Wenn man Dialysepatienten nachträglich befragt, welche Hilfen sie zusätzlich in den verschiedenen Phasen ihrer Krankheit und Behandlung gewünscht hätten, überwiegen psychosoziale Wünsche die medizinischen, und zwar konstant für den ganzen Verlauf der Dialyse. Die Empfehlungen, die in bezug auf konkrete Maßnahmen gegeben werden, reichen von obligatorischen psychotherapeutischen Betreuungen vom Beginn der Dialyse über das erste Vierteljahr hin und schon in der Zeit davor, über Notfall- und Kriseninterventionstherapien, Kurz- und Langzeittherapien, supportive Therapie, Gruppentherapie, gemeinsame Gruppensitzungen mit Patienten und Angehörigen, verhaltenstherapeutische Angstreduktion bis zu Großgruppen von 20 und mehr Personen sowie Selbsthilfegruppen.

Diese große Palette von Vorschlägen und Versuchen beweist einerseits die Notwendigkeit von psychotherapeutischen Maßnahmen und zeigt andererseits, daß es keine spezifische Psychotherapiemethode und kein spezifisches Therapiesetting gibt, die sich für Dialysepatienten anbieten. Sicher ist, daß keines der psychotherapeutischen Standardverfahren, die für Neurosen und Persönlichkeitsstörungen entwickelt worden sind, einfach auf Dialysepatienten übertragbar ist. Vielmehr empfehlen sich in der Regel flexible, problemorientierte Maßnahmen, je nach den oft rasch wechselnden Konstellationen, oft im Sinne von Kriseninterventionen. Allerdings können neurotische und persönlichkeitsbedingte sowie

partnerschaftliche Störungen durch die Dialysesituation aktualisiert werden und müssen dann gegebenenfalls systematisch bearbeitet werden.

Der Prozentsatz alter Menschen, welche dialysiert werden, ist in den letzten Jahren angestiegen (SENSKY, 1993). Daraus erwächst für die psychosoziale Betreuung ein spezielles Problem: Viele *alte Menschen*, insbesondere Frauen, leben allein und entbehren der sozialen Unterstützung für das beschwerliche Leben unter der Dialyse, das wegen der altersbedingten Abnahme der Adaptationsfähigkeit eher schwieriger wird als bei mittleren Altersstufen. So ist es nicht unerwartet, daß unter den 15 Prozent derjenigen Dialysepatienten über 65 Jahren, welche sagen, daß sie sich nicht wieder für die Dialyse entscheiden würden, überwiegend alleinstehende Frauen sind (SCHNACK et al., 1990). Diese spezifische Problematik muß das Dialyseteam im Auge behalten.

#### b) Hilfen für das Dialyseteam

Die Mitarbeiter von Dialyseeinheiten bedürfen wegen der besonderen Patientenprobleme und wegen der Dauer und Intensität der Beziehung zu diesen einer hohen psychosozialen Kompetenz, die nicht ihren naturwüchsigen Talenten überantwortet werden sollte. So kann in aller Regel gesagt werden, daß Dialyseteams, die auf eine solche Hilfe verzichten, nicht gut genug sind.

Welche Lösung die beste ist, läßt sich nicht ohne weiteres sagen. In Holland sind Sozialarbeiter in Dialyseeinheiten selbstverständlich. Einige wenige Dialyseeinheiten beschäftigen Psychologen. In den USA wird das Liaisonmodell propagiert, wonach ein Experte (Psychiater, Psychotherapeut) regelmäßig präsent ist und sowohl mit Patienten und deren Angehörigen als auch mit dem Personal arbeitet. Fallorientierte Supervisionsgruppen und BALINT-Gruppen für das ganze Team sind sinnvolle und relativ ökonomische Alternativen. Allerdings ist zu beachten, daß von außen kommende Experten mit zwei Problemen zu kämpfen haben: mit ihrer anfänglichen Unkenntnis und mit der Neigung mancher Teams, den besserwisserischen Eindringling zu eliminieren, z.B. dadurch, daß sie ihm in der

gemeinsamen Arbeit zeigen, daß sie selbst alles besser verstanden haben. Auch unbewußte Allianzen des Therapeuten mit dem Patienten gegen das Team können das Ende der Zusammenarbeit einleiten. Allgemeine und spezielle ärztliche und große psychotherapeutische Erfahrung, aber auch gruppentherapeutisches Expertentum sind wichtige Voraussetzungen für diese notwendige Funktion (SPEIDEL, 1976 a, b; DVOŘAK et al.; STRAUCH-RAHÄUSER; MÖLLER; SPEIDEL et al.; KOCH et al. in BALCK et al., 1985).

## Literatur

- ABRAM HS: Psychiatric reflections on adaption to repetitive dialysis. *Kidney Int* 6, 67–72, 1974
- ABRAM HS, MOORE GL, WESTERVELT FB: Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiat* 127, 1199–1204, 1971
- BALCK F: Psychologische und sozialpsychologische Probleme bei chronisch Nierenkranken. In KOCH KM (Hrsg) *Klinische Nephrologie*. Urban & Schwarzenberg, München (im Druck)
- BALCK F: Sozialmedizinische Bedeutung von Nierenerkrankungen. In KOCH KM (Hrsg) *Klinische Nephrologie*. Urban & Schwarzenberg, München (im Druck)
- BALCK F, KOCH U, SPEIDEL H (Hrsg.): *Psychonephrologie*. Springer, Heidelberg 1985
- CZACZKES JW, KAPLAN DE-NOUR A: *Chronic hemodialysis as a way of life*. Brunner-Mazel, New York 1978
- EVANS R, MANNINEN D, GARRISON J: The quality of life in patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med*, 553–559, 1985
- GEERLINGS W, TUFVERON G, EHRLICH HH, JONES EHP, LANDAIS P, LOIRAT C, MALLICK VP, MARGREITER R, RAINE AEG, SARMELA K, SELWOOD NH, VALDERRABANO E: Report on management of renal failure in Europe, XXIII. *Nephrol Dial Transplant Suppl* 1, 6–25, 1994
- KAPLAN DE-NOUR A: Hemodialysis: Sexual functioning. *Psychosomatics* XIX, 229–235, 1978
- LEVY NB, WYNBRANDT GD: The quality of life on maintenance hemodialysis. *Lancet* I, 1328–1330, 1975
- MILNE JF, GOLDEN JS, FIBUS L: Sexual dysfunction in renal failure. *Int J Psychiat Med* 8, 335–345, 1978
- SCHNACK S, EIGLER J, SCHIFFL H, GURLAND HJ, SEGERER W: Lebensqualität älterer Patienten unter den Bedingungen der Dauerdialyse. *Dt Med Wschr* 115, 1043–1049, 1990

- SENSKY T: Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychother Psychosom* 59, 56–68, 1993
- SIMMONS R, ABRESS L: Quality-of-life issues for end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Diseases* 3, 201–208, 1990
- SPEIDEL H: Die Arbeit des Psychosomatikers in Dialysezentren. *Therapiewoche* 49, 648–654, 1976 a
- SPEIDEL H: Zur psychologischen Situation des Pflegepersonals bei Heimdialyse und Heimdialysetraining. *Therapiewoche* 26, 1043–1046, 1976 b
- SPEIDEL H: Psychologische Aspekte der Fistel und der Punktionsnadel bei Dialysepatienten. *Der Nierenpatient* 2, 6–12, 1986
- SPEIDEL H, BAUDITZ W, BÜNGER P, FREYBERGER H, V KEREKJARTO M, RAMB W: Beitrag zur Psychopathologie der Dauerdialysepatienten. *Verh Dt Ges Innere Medizin*, 76. Bd, 1040–1042, 1970
- SPEIDEL H, BALCK F, DVORAK M: Patienten mit schweren Nierenleiden. I: Die Sexualität unter chronischer Hämodialyse und nach Nierentransplantation. *Sexualmedizin* 12, 100–101, 1983 a
- SPEIDEL H, BALCK F, DVORAK M: Patienten mit schweren Nierenleiden. II: Sexualstörungen. Psychologische Faktoren und Konzepte. *Sexualmedizin* 12, 150–154, 1983 b
- SPEIDEL H, BALCK F, KOCH U: Psychische und psychosoziale Probleme der chronischen Hämodialyse. *Therapiewoche* 28, 8262–8279, 1978
- STEELE TE, FINKELSTEIN SH, FINKELSTEIN FO: Hemodialysis patients and spouses-marital discord, sexual problems and depression. *J Nerv Ment Dis* 162, 225–237, 1976
- TSALTAS MO: Children of home dialysis patients. *J Amer Med Ass* 236, 2764–2766, 1976

## E.3 Nierentransplantation

HUBERT SPEIDEL

### 1. Klinik und Epidemiologie

Seit im Jahre 1956 durch J. MERRILL in Boston und im selben Jahr bei einem nicht genetisch identischen Spender-Empfänger-Verhältnis durch J. HAMBURGER in Paris die ersten Nierentransplantationen durchgeführt worden waren (BROCHIER et al., 1990), konnte gehofft werden, daß damit eine klinisch befriedigendere und billigere Alternative zu den anderen Nierenersatztherapien entwickelt worden sei. Als Anfang der achtziger Jahre das Cyclosporin einen großen Fortschritt in der Immunsuppression gebracht hatte und damit eines der Hauptprobleme der Transplantationschirurgie, die Transplantatabstoßung, besser bewältigt werden konnte, erfüllte sich diese Hoffnung tatsächlich. Die fortlaufende Verbesserung der Behandlungstechniken (operative Technik, HLA-matching, wirksame immunsuppressive Therapie) hat inzwischen dazu geführt, daß die Überlebenswahrscheinlichkeit bei ersttransplantierten Patienten im ersten Jahr annähernd bei 90 Prozent liegt (GROUVEN et al., 1992). Nach zwei Jahren überleben noch 80 Prozent, nach zehn Jahren immerhin noch mehr als 50 Prozent der Transplantierten (BRUNNER et al., 1992). Als relevante Einflußgrößen für den Transplantationserfolg wurden inzwischen identifiziert: die Gewebeübereinstimmung von Spender und Empfänger für die HLA-A- und DR-Loci, also für gewebliche Spezifika, das Alter von Spender und Empfänger, das Geschlecht des Spenders, die Dialysedauer vor der Transplantation, die Grunderkrankung des Empfängers sowie die Blutgruppenkombination zwischen Spender und Empfänger (GROUVEN et al., 1992). Zu unterscheiden ist die *Organspende* von lebenden Spendern und von toten, die, sprachlich nicht ganz korrekt, ebenfalls als Spender bezeichnet werden. In einer Aufstellung der Transplantationsaktivitäten der EDTA (European Dialysis and Transplant Association) aus dem Jahr

1990 (BRUNNER et al., 1991) werden für die europäischen und die an das Mittelmeer angrenzenden nordafrikanischen und asiatischen Staaten insgesamt 11 836 Transplantationen verzeichnet, davon 8 520 Nierentransplantationen von Toten und 736 von Lebendspendern. Die Transplantationsaktivitäten sind in den verschiedenen Ländern unterschiedlich hoch. Die meisten Nierentransplantationen weist Österreich auf mit über 50 je 1 Million Einwohner im Jahr 1990, während die Bundesrepublik mit weniger als 30 je 1 Million Einwohner das Schlußlicht des Mittelfeldes bildet, und zwar bei abnehmender Tendenz zwischen 1989 und 1991. In Dänemark reduzierte sich zwischen 1986 und 1990 die Häufigkeit der Transplantation von über 40 je 1 Million Einwohner auf unter 30. Die Unterschiede und Schwankungen hängen von den gesetzlichen Voraussetzungen, der Propagierung durch die Ärzte und durch die Medien, der dadurch bedingten Akzeptanz in der Bevölkerung und dem Stand der Ethikdiskussion ab.

Die *Altersbegrenzung* für die Transplantation ist von Zentrum zu Zentrum und von Land zu Land unterschiedlich. Begrenzungen auf bis zu 50, 60 oder 70 Jahren sind üblich. Eine zunehmende Minderheit von Zentren berücksichtigt solche Begrenzungen nicht. Die Zeitdauer zwischen der Entnahme der Niere und der Transplantation, die von den Transplantationszentren unter den Bedingungen der *«kalten Ischämie»* akzeptiert wird, schwankt erheblich; am häufigsten sind Begrenzungen zwischen 31 und 36 Stunden, 25 und 30 sowie 43 und 48 Stunden. Begrenzungen auf mehr als 48 Stunden bzw. weniger als 24 Stunden kommen aber auch vor. Die *immunsuppressive Therapie* wird selten auf Cyclosporin A beschränkt. Am häufigsten handelt es sich (in



der Reihenfolge der Häufigkeit) um Dreierkombinationen (Cyclosporin A, Azathioprin, Kortikosteroide), um Viererkombinationen (d. h. zusätzlich mit Mono- oder polyklonalen Antikörpern gegen Lymphozyten bzw. T-Lymphozyten) oder um Zweierkombinationen (Cyclosporin A und Kortikosteroide). In der Bundesrepublik Deutschland wird die oben genannte Dreierkombination am häufigsten angewandt. Die Überlegenheit der einen oder anderen Kombination läßt sich nicht überzeugend belegen. Die Transplantation scheitert am häufigsten innerhalb des ersten Jahres (etwa 10 %). Diese Rate sinkt bis zum fünften Jahr auf etwa 6 Prozent pro Jahr und bleibt für den Rest der ersten Dekade ungefähr auf diesem Niveau. Zu den gefürchteten Risiken gehören die Infektion mit Hepatitis und andere Infektionen. In der oben genannten EDTA-Statistik (BRUNNER et al., 1992) fanden sich für das Jahr 1990 880 neue Fälle von Hepatitis B und etwa 1/10 davon beim Personal. 2,1 Prozent der Patienten waren an Hepatitis C erkrankt. 190 serologisch identifizierte HIV-Fälle, davon 37 im Jahr 1990 neu entdeckte, wurden in den oben genannten Ländern registriert sowie 34 HIV-bedingte Todesfälle.

## 2. Das Befinden der Patienten im Vergleich

Zwei besonders unangenehme Störungen des Befindens von Dialysepatienten, nämlich Durstgefühl und Juckreiz, fehlen bei Transplantierten völlig. Auch die von Dialysepatienten oft geklagte Appetitlosigkeit kommt bei Transplantierten kaum vor. Im Hinblick auf Schwächegefühl, Müdigkeit, Schlafstörungen und Muskelkrämpfe geht es den Transplantierten deutlich besser. Auch ihre globale Selbsteinschätzung im Hinblick auf ihr körperliches Befinden ist bei ihnen viel positiver. Ähnlich unterschiedlich sind die Befindenszustände auf psychischem Gebiet: Depressivität, Minderungen des Selbstgefühls, Störungen des Antriebs, der Wunsch zu sterben sind bei Dialysepatienten viel deutlicher bzw. häufiger als bei Transplantierten. Reiz-

barkeit, Mißmut, Sorgen und Grübeln, Interesslosigkeit gegenüber der Umgebung, fehlende Zukunftsbezogenheit und Zurückgezogenheit sind aber gleichermaßen bei beiden Gruppen bedeutsame Beschwerden. Dennoch schätzen mehr als 4/5 der Transplantierten ihren *seelischen Zustand* als gut bis sehr gut ein, gegenüber knapp 2/3 der Dialysepatienten. Auch in bezug auf *soziale Aktivitäten* zeigt sich der Vorteil der Transplantierten: Ihre Angehörigen sind weniger mit Pflichten belastet, es gibt weniger familiäre Auseinandersetzungen, die Patienten sind weniger häufig berentet bzw. vorzeitig pensioniert, das Ausmaß des Rückzuges von Freunden, Verwandten und Bekannten ist geringer. Sowohl den Transplantierten wie ihren Angehörigen fällt es leichter, sich mit der Krankheit abzufinden (KONIECZNA u. KATSCHNIG, 1985).

*Männern* gelingt es im Vergleich zu *Frauen* offenbar besser, die Vorteile der Transplantation für sich zu nutzen. Dies gilt anscheinend auch für die Sexualität. Hier ist die Transplantation ebenfalls deutlich von Vorteil, aber der Zustand der Funktionsfähigkeit ist schlechter als vor der Dialyse (KONIECZNA u. KATSCHNIG, 1985; LEVI, 1985; PROCCI et al., 1978; SPEIDEL et al., 1983). So bleibt ein Viertel der Frauen und Männer funktionell gestört; sexuelle Aktivität und Befriedigung nehmen nach der Transplantation nicht zu. Die Rate normaler Menstruationszyklen aber steigt bei Frauen unter 50 Jahren auf etwa zwei Drittel an. Die bei Dialysepatienten fehlende Fertilität kehrt bei Transplantierten zum Teil zurück (SCHOVER et al., 1990).

## 3. Phasentypische Probleme

Die Patienten haben, wenn sie zur Transplantation kommen, eine meistens lange leidvolle Erfahrung mit dem Grundleiden und den Beschwerden der Hämodialyse hinter sich. Dementsprechend hegen sie meistens große Erwartungen in die Transplantation. Sie versprechen sich davon eine Verbesserung ihres Befindens und ihrer sozialen Möglichkeiten. Andererseits müssen sie mit der Abstoßung des transplantierten Organs und einer nicht

unbeträchtlichen Mortalität rechnen. Dementsprechend haben sie sich einem Entscheidungskonflikt zu stellen: sie schwanken zwischen dem Wunsch nach Transplantation und der Furcht davor. Oft sind sie unzufrieden mit der spezifischen Aufklärung, und sie fühlen sich nicht selten fremdbestimmt (POMMER, i. Dr.). Die unbestimmbare Wartezeit ist durch die Nötigung, ständig verfügbar sein zu müssen, und durch die Ungewißheit sehr belastend. Die Mitteilung, daß die Operation nun stattfinden könne, löst bei vielen Patienten zunächst Angst und Unruhe aus und erneuert nicht selten den Entscheidungskonflikt. Dennoch überwiegen in der perioperativen Zeit Freude und Zuversicht, bei vielen gemischt und wechselnd mit Furcht und Pessimismus nach dem Aufwachen aus der Narkose. In der frühen postoperativen Zeit pflegt die Hoffnung zu überwiegen. Dabei spielt die Unterstützung durch Angehörige und Personal eine wichtige Rolle. Das euphorische Gefühl einer Wiedergeburt wird von vielen Patienten beschrieben, und häufig wird der Operationstag als Geburtstag gefeiert. Aber auch Angst und Ärger quälen die Patienten. Es können steroid-induzierte Psychosen vorkommen. In der weiteren Zeit des stationären Aufenthaltes (dritte bis siebte Woche) erlebt der Patient oft schwierige Phasen der Ungewißheit, so vor dem Beginn der Funktion des neuen Organs, am schlimmsten bei den fast regelmäßigen *Abstoßungskrisen*, aber auch beim Eintreten von *Komplikationen* wie Blutungen, Urinfisteln, Magen-Darm-Ulcera und Zytomegalie-Virus-Infektionen. Das damit verbundene Gefühl von vitaler Verunsicherung hat Angst und depressive Verstimmungen zur Folge. Die Medikation und die fortlaufenden Untersuchungen belasten den Patienten in dieser Phase ohnehin, aber bei relativ günstigem Verlauf kann er sich allmählich an die neuerworbene Nierenfunktion, die Medikation, deren Nebenwirkungen und ein gewisses Maß an Komplikationen gewöhnen.

Nach der Rückkehr in die *Familie* erwarten den Patienten neben der fortdauernden Ungewißheit im Hinblick auf die Dauerhaftigkeit der Nierenfunktion und die Art und Schwere eventueller Komplikationen eine Fülle von Adaptationsleistungen: Die Ehefrau mag, er-

leichtert über den Transplantationserfolg, nun vermehrt ihren eigenen Interessen nachgehen; die Rollenverteilungen sind womöglich neu geordnet; der Patient mag Gratifikationen für das Kranksein verlieren; sexuelle Ansprüche an ihn können erwachen und ihn überfordern; die Fragen der beruflichen Neuorientierung oder Wiedereingliederung fordern unter Umständen seine adaptiven Fähigkeiten massiv (CHAMBERS, 1982; GAUS et al., 1990).

#### 4. Phantasien und Organintegration

Organtransplantationen ziehen eine Kategorie von Problemen nach sich, über die Patienten selten von sich aus sprechen, die sie aber sehr beschäftigen. Sie müssen schon vor der Transplantation auf den *Tod eines anderen Menschen* hoffen und sich gegen die Freude über Katastrophen anderer wehren. Ihr *Überlebensinteresse* steht somit in denkbar größtem Widerspruch zu ihrem *Gewissen*, und sie fühlen sich, wenn sie feiner organisiert sind, evtl. schon vor der Operation schuldig. Diese Problematik verschärft sich, wenn sie sich dessen gewahr werden, daß tatsächlich ihretwegen jemand sterben mußte. Das Gefühl, einem unfreiwilligen Spender ein Organ gestohlen, gar, diesen verletzt und getötet zu haben, verfolgt viele (CASTELNUOVO-TEDESCO, 1981; CROMBEZ u. LEFEBVRE, 1973). Viele Patienten beschäftigen sich schon deswegen sehr stark mit dem mutmaßlichen *Spender*. Insbesondere dessen Geschlecht spielt eine wichtige Rolle (CRAMOND, 1971). Die psychosenahe Vorstellung, mit dem Organ eines gegengeschlechtlichen Spenders das Geschlecht gewechselt zu haben, ist nicht selten. Analoge Probleme treten bei Spendern einer anderen Rasse auf (CASTELNUOVO-TEDESCO, 1973).

Diese Beispiele veranschaulichen das grundsätzliche Problem, daß der Patient ein fremdes Organ in sein *Selbstbild* integrieren muß. Dies ist ein Prozeß, der in vielfältiger Weise gestört sein kann, je nachdem, wie die dazugehörigen Phantasien beschaffen sind. VIEDERMAN (1974) differenziert ein feindseliges Introjekt, das mit hypochondrischen

Phantasien und Angst vor Abstoßung verbunden ist, von einem benignen Introjekt, welches das Selbstwertgefühl des Patienten steigert, sowie von den Verarbeitungsmodi der Ähnlichkeit zwischen Selbst und Objekt bzw. der Identifikation mit dem Objekt, d. h. Verarbeitungsformen, welche Konflikte und Ängste ersparen.

Erstaunlich ist die *Kenntnis* der Transplantierten über *Spendermerkmale* wie Alter, Geschlecht und Herkunftsort, obwohl ihnen das nicht offiziell mitgeteilt wird. Sie spricht für ein großes Interesse. Die Transplantierten projizieren auf den Spender aus selbstprotektiven Gründen ein Selbstideal (jung, lebensfroh) und denken überhaupt viel über den Spender nach.

Die Ambivalenz gegenüber der Transplantation, die sich in großer Operationsangst äußert, kann einen negativen Ausgang der Transplantation zur Folge haben. Der Empfänger lehnt süchtige Verhaltensweisen und damit Organe entsprechender Spender (Raucher usw.) ab. Trauer, Mitleid und Schuldgefühle bestimmen in der Regel seine bewußte Haltung zum Spender. Die Beschäftigung mit ihm spielt jedenfalls eine große Rolle in seinem Leben. Dem entspricht, daß mehr als die Hälfte der Empfänger innerhalb der ersten 14 Tage nach der Operation dem *Transplantat* einen *Namen* geben (POMMER, i. Dr.).

## 5. Probleme der Lebendspende

Die Spende einer Niere von seiten eines Angehörigen wird, vor allem wegen der damit verbundenen Beziehungsprobleme, in Europa seltener angestrebt, als es in den USA üblich ist. In Deutschland stammen nur 2 Prozent der transplantierten Nieren von Lebenden. Obgleich größere Studien an Lebendspendern (BENNETT u. HARRISON, 1974; SIMMONS, 1983) wenig Auffälligkeiten bzw. gar eine Steigerung des Selbstwertgefühls bei diesen nachwiesen, versprechen doch Studien wie diejenige von KEMPH (1970) mehr Einblick in die subtilen *Interaktionsprobleme* und unbewußten Konflikte, nämlich zwischen Altruismus und unbewußter Feindseligkeit auf seiten des Spenders bzw. den Schuldgefühlen und

Selbstvorwürfen auf seiten des Empfängers, insbesondere, wenn das empfangene Organ abgestoßen wird. Frauen spenden bereitwilliger Nieren als Männer (KANEKAR et al., 1990). Das Studium der betroffenen Familien hat Erkenntnisse über sozialen Druck auf den potentiellen Spender (LEFEBVRE et al., 1973) und die Wahl von eher randständigen Familienmitgliedern als Spender (MILNE, 1973) gebracht, die im konkreten Fall sorgsam beachtet werden müssen. Am unkompliziertesten scheint die Spende der Mutter zu sein (KEMPH, 1966), aber auch diese Konstellation muß im Zusammenhang mit dem Alter des Empfängers und dessen Unabhängigkeitswünschen betrachtet werden. Anders als bei Erwachsenen sind Nierenspenden von den Eltern bei *Kindern* häufiger als die Verwendung von Organen Verstorbener. Lebendspenden haben darüber hinaus einen eindeutigen Vorteil nur im Falle von Zwillingiskonstellationen bzw. angesichts zu knapper Angebote an sogenannten Kadavernieren sowie im Hinblick auf die bessere Planbarkeit der Operation.

## 6. Berufliche Rehabilitation

Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit ist bei Transplantierten erheblich häufiger als bei Dialysepatienten (MUTHNY, 1989). Wer allerdings schon berentet ist, nimmt die Arbeit trotz objektiv gegebener Arbeitsfähigkeit nicht mehr auf (AHLMAN u. OLANDER, 1973). Zwischen den Ländern gibt es, abhängig vom jeweiligen Sozialsystem, große Unterschiede, zwischen 62 Prozent (Dänemark) und 94 Prozent (Italien) Rehabilitierter. Wie auch bei den Hämodialysepatienten gehören die *Rehabilitationsraten* in Deutschland zu den niedrigsten (GAUS et al., 1990). Die Art der Berentungspraxis, flexible Teilzeitebeschäftigungsmöglichkeiten und die Höhe der Arbeitslosigkeit spielen hier eine Rolle.

## 7. Compliance

Die gute Zusammenarbeit bei den notwendigen Untersuchungen und Medikationen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen erfolg-

reicher Transplantationen. Noncompliance ist ein bedeutsamer Faktor für Organabstoßung und Tod. Sie ist u. a. die Folge einer insuffizienten Arzt-Patienten-Beziehung. Das große Vertrauen in die Verbesserung der immun-suppressiven Therapie kann dazu führen, daß sich die Arzt-Patienten-Beziehung lockert und die Compliance sich dadurch verschlechtert. Anzeichen von Noncompliance vor der Transplantation sind ein wichtiger Hinweis auf ein spezifisches Risiko nach der Transplantation. Die Berücksichtigung dieser Möglichkeiten und Risiken, eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und die Nutzung vorhandener sozialer Ressourcen (Familie, Freunde) sind hier hilfreich (RODRIGUEZ et al., 1991).

## 8. Ethische Probleme

Die derzeit in Deutschland bestehende Situation ungenügend zahlreicher Spendernieren, gesehen aus der Perspektive des Interesses von Dialyseärzten und -patienten, ist u. a. durch die vorläufig noch unbefriedigende *Gesetzeslage* bedingt. Das ethische Dilemma beginnt damit, daß die Organentnahme an einem Individuum stattfindet, dessen Organe, insbesondere die Nieren, noch lebendig sein müssen, damit sie für die Transplantation brauchbar sind, dessen Gehirn nach Festlegung durch Experten aber als irreparabel gestört und nicht bewußtseinsfähig einzuschätzen ist. Damit die Organentnahme möglich wird, muß die Gleichsetzung von Hirntod und Tod vollzogen werden. Nun ist aber diese Gleichsetzung einerseits willkürlich; andererseits weiß man aus klinischer Erfahrung, daß scheinbar bewußtlose Menschen durchaus zu Wahrnehmungen fähig sind. Die Festlegung von Grundsätzen der Voraussetzungen für die Organentnahme bewegt sich also in einem durchaus problematischen Bereich. Es handelt sich in jedem Fall um einen Eingriff in ein Sterbegeschehen. Die Transplantatempfänger tragen dem dadurch Rechnung, daß sie dem Transplantat häufig umgehend einen Namen geben (s. o., POMMER, i. Dr.) und ihm dadurch wie einer überlebenden Person zu einem quasi eigenständigen Überleben ver-

helfen. Die Ethik wird indessen der Technik mit Verzögerung folgen, wie dies auch in anderen Bereichen der Fall ist. Die ethische Vertretbarkeit von Nierentransplantationen läßt sich mit dem Argument des Überlebens von Menschen allemal belegen. Ob sich damit die Schleusen einer schrankenlosen Ausschachtung menschlicher Leiber öffnen, und was dies für die Selbsteinschätzung der Menschen und für ihren Umgang miteinander bedeutet, wissen wir nicht. Die Dimension von Gefahren, die in der (Selbst-)Ausbeutung von Armen in fremden Ländern besteht, zeichnet sich aber bereits ab.

## 9. Zusammenfassung

Im Vergleich zu anderen Nierenersatzverfahren ist die Nierentransplantation für das körperliche und psychische Befinden sowie für die *soziale Adaptation* und die *berufliche Rehabilitation* günstiger. Sie ist auch ökonomischer. Dennoch stellen die Mortalität, die Gefahr von Komplikationen und Explantation sowie die zahlreichen Verarbeitungsprobleme für die Patienten große *Belastungen* dar, die der sorgfältigsten Beachtung und oft der psychotherapeutischen Unterstützung bedürfen. Sie ist vor allem bei Abstoßungskrisen und anderen kritischen Situationen zur Verfügung zu stellen, u. a. auch im Zusammenhang mit den veränderten Erwartungen der Ehepartner an die Patienten und die Transplantation, die oft nicht mit dem Selbstbild der Patienten übereinstimmt. Die hierdurch entstehenden Partnerschaftskrisen, wie sie vor allem bei Herztransplantationen untersucht worden sind, stellen ein transplantationspezifisches Problem dar, das im Interesse des günstigen Verlaufs und der notwendigen adaptiven Prozesse ernst genommen werden muß.

## Literatur

- AHLMAN J, OLANDER R: The influence of preoperative tension on vocational rehabilitation following renal transplantation. *Acta Med Scand* 194, 13–16, 1973

- BENNETT AH, HARRISON JH: Experience with living familial renal donors. *Surg Gynecol Obstet* 139, 894–989, 1974
- BROCHIER T, CHANARD J, PASCALIS JG: Problèmes psychologiques et psychiatriques des transplantations rénales. *Ann Méd Psychol Série* 13, 148, 1990
- BRUNNER FP, EHRLICH JHH, FASSBINDER W, GEERLINGS W, LANDAIS P, MALLICK N, MARGREITER R, RAINE AEG, RIZZONI G, SELWOOD NH, TUFVESON G: European Dialysis and Transplant Association – European Renal Association: Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe, XXI, 1990. *Springer Internat Vol* 6, Suppl 4, 1991
- CASTELNUOVO-TEDESCO P: Organ transplant, body image, psychosis. *Psychoanal Quart* 42, 341–363, 1973
- CASTELNUOVO-TEDESCO P: Transplantation: Psychological implications of changes in body image. In LEVY NB (ed) *Psychonephrology* 1, 219. Plenum, New York 1981
- CHAMBERS M: Psychological aspects of renal transplantation. *Int J Psychiat Med* 12, 229–236, 1982
- CRAMOND W: Renal transplantation: Experiences with recipients and donors. *Sun Psychiat* 3, 116–132, 1971
- CROMBEZ JC, LEFEBVRE P: La fantasmagorie des greffés rénaux. *Rev Franc Psychoanal* 37, 95–107, 1973
- GAUS E, KÖHLE K, KOCH U, BEUTEL M, MUTHNY FA: Psychosomatische Gesichtspunkte beim künstlichen Organersatz und der Transplantation. Beispiel: Die Behandlung der chronischen terminalen Niereninsuffizienz. In VON UEXKÜLL Th: *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 1177, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- GEERLINGS W, TUFVESON G, BRUNNER FP, EHRLICH JHH, FASSBINDER N, MARGREITER R, RAINE AEG, RIZZONI G, SELWOOD N: Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe, XXI, 1990. *Nephrol Dialysis Transplant* 6, Suppl 4, 5–29, 1991
- GROUVEN U, BENDER R, SCHULTZ A, PICHLMAYR R: Application of adjusted survival curves to renal transplant data. *Meth Inform Med* 31, 210–214, 1992
- KANEKAR S, PINTO AJ, NAZARETH AM: Estimated willingness to donate a kidney as a function of donor-recipient relationship and probability of success. *J Soc Psychol* 130, 259–261, 1990
- KEMPH JP: The role of the psychiatrist on the kidney transplant team. *Int Congr Acad Psychosom Med*, 1966
- KEMPH JP: Observations of the effects of kidney transplant on donors and recipients. *Dis Nerv Syst* 31, 323–325, 1970
- KONIECZNA T, KATSCHNIG H: Hämodialyse und Nierentransplantationspatienten im Vergleich. In BALCK F, KOCH U, SPEIDEL H (Hrsg.) *Psychonephrologie*, S. 473, Springer, Heidelberg 1985
- LEFEBVRE P, CROMBEZ JC et al.: Psychological dimension and psychopathological potential of acquiring a kidney. *Canad Psychiatr Ass J* 18, 495–500, 1973
- LEVY NB: Sexuelle Probleme. In BALCK F, KOCH U, SPEIDEL H (Hrsg.) *Psychonephrologie*, S. 291, Springer, Heidelberg 1985
- MILNE JF: Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urology, Suppl* 9, 82–88, 1977
- MUTHNY FA, BRODA M, DINGER A, KOCH U, STEIN B: Aspekte der Lebensqualität bei verschiedenen Behandlungsproblemen der chronischen Niereninsuffizienz – ein empirischer Vergleich. In FRANZ HE (Hrsg.) *Blutreinigungsverfahren – Technik und Klinik*, S. 205, Thieme, Stuttgart 1989
- POMMER W: Die Empfänger-Spender-Beziehung bei der Nierentransplantation und die Integration des neuen Organs. In KOCH U, NEUSER J (Hrsg.) *Psychologie in der Transplantationsmedizin*. *Jb Med Psychol, Hogrefe, Göttingen* 1995 (i. Dr.)
- PROCCI WR, HOFFMAN KI, CHATTERJEE SV: Persistent sexual dysfunction following renal transplantation. *Dial Transplant* 7, 89–94, 1978
- RODRIGUEZ A, DIAZ M, COLON A, SANTIAGO-DELPIN EA: Psychosocial profile of noncompliant transplant patients. *Transplant Proc* 23, 1807–1809, 1991
- SCHOVER LR, NOVICK AC, STEINMUELLER DR, GOORMASTIC M: Sexuality, fertility, and renal transplantation: A survey of survivors. *J Sex Marital Therapy* 16, 3–13, 1990
- SIMMONS RG: Long-term reactions of renal recipients and donors. In LEVY NB (ed) *Psychonephrology* 2, S. 275, Plenum, New York 1983
- SPEIDEL H, BALCK F, DVORAK M: Patienten mit schweren Nierenleiden. *Sexualmedizin* 12, 100–101, 150–154, 203–204, 1983
- VIEDERMAN M: Adaptive and maladaptive regression in hemodialysis. *Psychiatry* 37, 283–290, 1974

# F. Schmerz

ULRICH TIBER EGLE

## 1. Epidemiologie

Nach einer im Auftrag der Bundesregierung erstellten Schmerz-Enquête leiden in der Bundesrepublik etwa sieben Millionen Menschen unter chronischen Schmerzen. Zwei epidemiologische Studien in den USA und Schweden erbrachten hinsichtlich der Schmerzlokalisation unterschiedliche Verteilungen: Übereinstimmend stehen in den beiden Studien Rückenschmerzen mit 41 Prozent an erster Stelle in der Häufigkeit. Während in der schwedischen Studie dann Kopfschmerzen (26 %), Abdominalschmerzen (17 %) sowie Thorax- und Gesichtsschmerzen (jeweils 12 %) folgen, stehen Kopfschmerzen in der US-Studie mit 9 % erst an vierter Stelle, nach Schulter-, Arm- (23,2 %) und HWS-Schmerzen (19,3 %).

Auch in den Studien an selektierten Populationen spezieller Schmerzeinrichtungen stehen Rückenschmerzen mit 40 Prozent bis 70 Prozent überwiegend an erster Stelle (vgl. HOFFMANN u. EGLE, 1993). Eine Ausnahme bildet hier eine eigene Studie, nach deren Ergebnissen multilokuläre Schmerzen (22,6 %) zusammen mit Kopfschmerzen (22,1 %) an erster Stelle stehen, gefolgt von Gesichtsschmerzen (13,6 %), Schmerzen im Bereich von Schulter und oberer Extremität (11,1 %) sowie LWS-Schmerzen (10,6 %).

Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich jährlich auf etwa 30 bis 40 Milliarden DM. Jährlich werden in der früheren Bundesrepublik mehr als 1000 Tonnen Analgetika verordnet (1 Million kg!), die Zahl der Analgetika-Rezepte (86 Mio. 1990) steht alljährlich mit großem Abstand an der Spitze der meist verordneten Medikamentengruppen. Nach Schätzungen der Europäischen Gesellschaft für Dialyse und Transplantation (EDTA) dürfte bei 10 Prozent bis 25 Prozent aller Dialysepatienten ein Analgetikaabusus vorausgegangen sein (genauere Studienergebnisse liegen hierzu überraschenderweise nicht vor).

## 2. Grundlagen eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses

«Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.» Diese *Schmerzdefinition* der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) umfaßt einige wesentliche Aspekte des heutigen Schmerzverständnisses:

1. Die emotionale Komponente bei Schmerz wird gleichberechtigt neben die sensorische gestellt;
2. Schmerz ist eine subjektive Empfindung, der objektivierbare periphere Läsionen im Sinne einer Reizauslösung fehlen können;
3. die kausale Verknüpfung von Gewebsschädigung und Schmerzreaktion wird aufgegeben, d. h., eine Gewebsschädigung ist weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für Schmerz;
4. die Etikettierung eines Schmerzpatienten als Simulanten, wenn keine ausreichende organpathologische Schädigung nachweisbar ist, wie es in Klinik und Praxis nach wie vor häufig geschieht, ist Ausdruck eines antiquierten linear-kausalen Schmerzverständnisses, welches auf DESCARTES zurückgeht. (Dieser hatte 1644 in seinem Buch «L'homme» das damals vorherrschende mittelalterliche Schmerzverständ-

nis, wo Schmerz für Schuld und Strafe Gottes stand, durch ein naturwissenschaftliches abgelöst, welches einen peripheren Reiz zur Bedingung machte.)

Das der oben genannten Definition zugrundeliegende Schmerzverständnis basiert auf der sogenannten *gate-control-Theorie*, welche von MELZACK und WALL (1965, 1983) entwickelt wurde (vgl. Abb. 1). Sie gehen davon aus, daß die körperlichen und seelischen Prozesse bei Schmerz als eine interagierende «dualistische Einheit» verstanden werden können, welche das menschliche Schmerzerleben bedingt. Vereinfacht skizziert, postuliert die gate-control-Theorie einen zweifachen kompetitiven Hemmungsmechanismus im Bereich der Substantia gelatinosa im Hinterhorn des Rückenmarks, wo peripher ankommende Nervenimpulse zentralwärts umgeschaltet werden. Zum einen gibt es eine kompetitive Hemmung durch periphere Fasern, welche Nervenimpulse unterschiedlicher Frequenz leiten. Dieser Mechanismus wird heute mit sogenannten transkutanen elektrischen Nervenstimulatoren (TENS-Geräte) in der Schmerzbehandlung genutzt, d.h., es wird eine Schließung des «gate» durch Nervenimpulse anderer Frequenz ver-

sucht. Der zweite kompetitive Hemmungsmechanismus entsteht durch zentral absteigende Bahnen, welche ebenfalls die Durchlässigkeit des «Tores» für periphere Reize in der Substantia gelatinosa beeinflussen können. Für folgende psychische und soziale Faktoren kann heute als gesichert gelten, daß sie im Rahmen der von der «gate-control»-Theorie skizzierten Vernetzung auf das Schmerzerleben Einfluß nehmen:

- Aufmerksamkeit bzw. Ablenkung
- Angst und Depression
- sekundärer Gewinn/Verstärker
- kognitive Prozesse (Krankheitsattribution, Coping)
- Schmerzerfahrungen in Kindheit und Jugend
- kulturelle Faktoren

Gerade bei chronischen Schmerzzuständen wirken im subjektiven Schmerzerleben verschiedene Faktoren zusammen. In einer Reihe von Studien bei chronischen Schmerzpatienten konnte belegt werden, daß psychische Faktoren (Angst, Depression, Lebensqualität und psychosomatische Beschwerden) für die von den Patienten angegebene Schmerzintensität bedeutsamer sind als körperliche Faktoren – und dies auch bei Erkrankungen mit

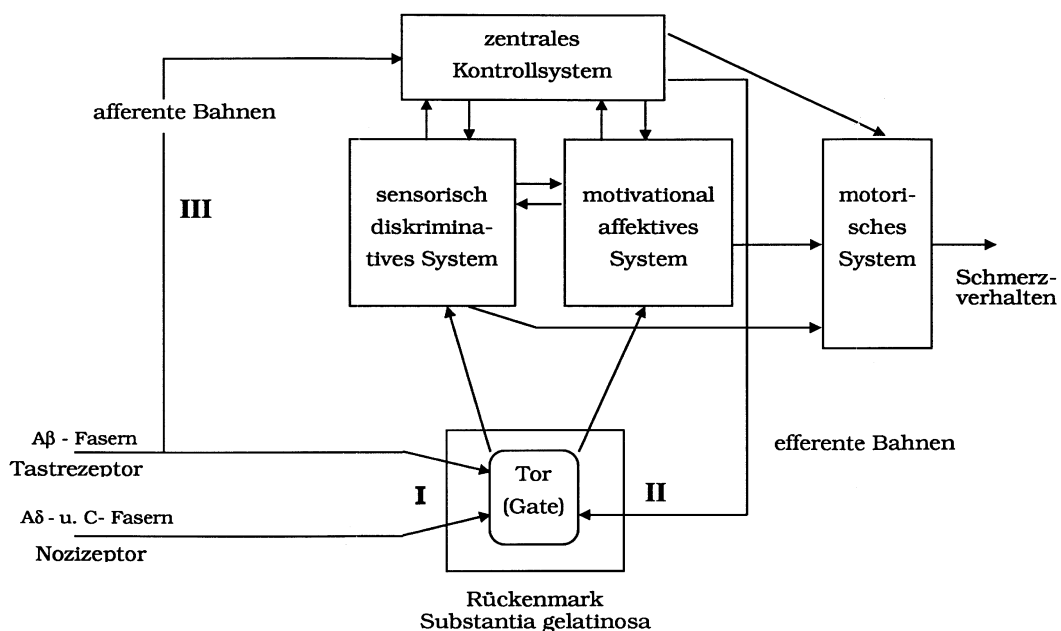


Abbildung 1: Gate-Control-Theorie (nach MELZACK und WALL, 1965, 1983).

umschriebenen organpathologischen Veränderungen (z. B. rheumatoide Arthritis).

### 3. Schmerzkrankte

Akuten körperlichen Schmerz kann jeder Mensch fast täglich erfahren. Er ist zeitlich begrenzt und wird in der Regel durch äußere (z. B. Verletzung) oder innere (z. B. Entzündung) Prozesse nozizeptiv ausgelöst. Hinsichtlich seiner Intensität besteht eine enge Verknüpfung mit dem auslösenden Reiz; seine Lokalisation ist entsprechend umschrieben. Dies gilt selbst dann, wenn man «übertragenen Schmerz» berücksichtigt, dessen Lokalisation aufgrund neuroanatomischer und neurophysiologischer Zusammenhänge hinsichtlich des Reizortes ebenfalls definierbar ist. *Akuter Schmerz* wird meist von vegetativen Reaktionen (z. B. Veränderung der Darmmotilität und Atmung, Herzfrequenz- und Blutdrucksteigerung, Pupillendilatation, reflektorische Muskelanspannung) sowie – je nach Stärke – auch von Angstreaktionen begleitet. Neben einer Warnfunktion hat akuter Schmerz auch ein Restitutionsfunktion: Bei schweren Erkrankungen, nach Unfällen oder nach Operationen zwingt er zu Ruhe und Schonung. Warn- ebenso wie Rehabilitationsfunktion des akuten Schmerzes dienen der Erhaltung der körperlichen Unversehrtheit bzw. Funktionsfähigkeit des Organismus. Dies wurde sowohl tierexperimentell als auch durch Beobachtungen bei angeboren schmerzunempfindlichen Menschen belegt. Ähnlich wie Hunger oder Durst, welche ebenfalls der Erhaltung der körperlichen Unversehrtheit des Organismus dienen, gibt Schmerz Auskunft über den augenblicklichen körperlichen Zustand. Ein ausschließlich sensorisches Schmerzverständnis, wie es in Klinik und Praxis immer noch sehr verbreitet ist, ist insofern unzureichend, als es Schmerz mit sensorischen Funktionen wie Sehen, Hören oder Riechen gleichsetzt, welche uns vor allem Auskunft über unsere Umgebung geben. Ist dieses reduktionistische sensorische Schmerzverständnis bei akuten Schmerzzuständen schon unzureichend, so verliert es seine Bedeutung bei chronischen Schmerzzu-

ständen noch mehr, falls es bei diesen überhaupt eine hat. Darauf hatte schon vor über 50 Jahren der französische Chirurg LERICHE (1949) hingewiesen: «Abwehrreaktion? Günstiges Warnsignal? Tatsache ist, daß die meisten Krankheiten, auch die schwerstwiegenden, uns ohne Vorwarnung attackieren ... Wenn Schmerzen auftreten ... ist es zu spät ... Der Schmerz macht eine längst verlorene Situation nur noch qualvoller und trauriger ... Schmerz ist tatsächlich eine unheilvolle Gabe, welche den Betroffenen darauf reduziert und ihn nur noch kränker macht, als er ohnehin schon ist» (dt. Übersetzung durch den Verf.). Dieses veränderte Verständnis führte in den letzten 20 Jahren zu einer verstärkten Erforschung *chronischer Schmerzzustände*.

Diese «Schmerzkranken» (Schmerzdauer länger als 6 Monate) weisen eine lange Anamnese insgesamt ineffektiver medizinischer und chirurgischer Interventionen wegen ihrer Schmerzen auf und haben zwischenzeitlich eine ganze Reihe zusätzlicher Komplikationen entwickelt: Medikamentenmißbrauch mit entsprechenden zentralnervösen Folgeerscheinungen, andere sekundäre körperliche Schädigungen aufgrund pharmakologischer und chirurgischer Behandlungen, zunehmende körperliche Inaktivität, dysphorische Stimmung, multiple Therapieabbrüche und Konflikte mit Ärzten und anderem medizinischen Personal, Konflikte mit Bezugspersonen, Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und reaktive Depressivität. Ein Teil dieser Epiphanomene ist Folge iatrogenen Schädigungen, welche oft dadurch entstehen, daß chronische Schmerzzustände nicht von akuten unterschieden werden, sondern diagnostisch und therapeutisch angegangen werden, als ob es sich um akute Schmerzen im Sinne eines Warnsignals handelte, d. h. daß Zufallsbefunde oder Normvarianten in einen kausalen Zusammenhang mit den vom Patienten geklagten Schmerzen gesetzt werden. Nach den Ergebnissen epidemiologischer Studien scheinen Männer und Frauen gleich häufig unter chronischen Schmerzen zu leiden, wobei Frauen jedoch deutlich öfter ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen scheinen. Das Durchschnittsalter liegt in den meisten Studien zwischen 40 und 50 Jahren.



Das folgende Fallbeispiel soll diese Ausführungen illustrieren:

Ein 38jähriger Mann wird wegen seit sieben Jahren bestehender Schmerzen im Bereich des linken Oberkiefers mit Ausstrahlung in die Nase, den linken Halsbereich, das linke Auge sowie Schläfe und Stirn linksseitig von der Zahnklinik in die Schmerzzambulanz überwiesen. Seine Schmerzen beschreibt er als permanent vorhandenes «eigenartiges Ziehen» von wechselnder Intensität. Die Vorgeschichte ergibt zahlreiche diagnostische und therapeutische Interventionen bei verschiedenen HNO-Ärzten, Orthopäden, Kieferorthopäden und Zahnärzten, welche keinerlei Erfolg brachten. Dabei wurden u. a. sämtliche Amalgam-Füllungen unter der Vorstellung einer toxischen Genese der Symptomatik entfernt und durch Gold-Inlays ersetzt; auch mehrere Zähne wurden aufgrund des starken Drängens des Patienten extrahiert. Allein eine Aufbißschiene, welche in der Zahnklinik angepaßt worden war, habe «eine etwa 25prozentige Schmerzreduktion» erbracht. Neben der Schmerzsymptomatik berichtet der Patient noch von einem reduzierten Allgemeinbefinden, wobei Abgeschlagenheit und Schwindelgefühle im Vordergrund stehen, welche zwischenzeitlich zu einer zunehmenden Leistungseinschränkung führten.

Die Familienanamnese ergibt, daß der Vater drei Jahre zuvor an den Folgen eines Herzinfarktes bei schon zuvor bestehender arterieller Verschußkrankheit verstorben war. Der Vater war infolge einer Kriegsverletzung amputiert und deshalb in der Gemeindeverwaltung tätig gewesen. Die Mutter verstarb acht Jahre zuvor an den Folgen eines Schlaganfalles, ohne vorher ernsthaft krank gewesen zu sein. Die Ehefrau und die beiden Kinder (14 und 9 Jahre) sind gesund, ebenso wie die vier Jahre ältere Schwester des Patienten.

Der Patient ist in der elterlichen Landwirtschaft aufgewachsen. Infolge der Kriegsbehinderung des Vaters wurde diese von der Mutter betrieben. Da sie damit weitestgehend absorbiert war, übernahm die vier Jahre ältere Schwester des Patienten weitgehend dessen Versorgung. Während diese Schwester von ihm als fürsorglich und aufopfernd charakterisiert wird, beschreibt er die Mutter als streng und emotional distanziert. Der Vater wurde von ihm als «weich» und «schwach» erlebt. Diesem sei es wohl recht gelegen gekommen, daß er wegen der Kriegsbehinderung in der Verwaltung tätig war und nicht in der Landwirtschaft mitarbeiten mußte. Wie erst im Rahmen der späteren Gruppentherapie deutlich werden kann, hat der Patient früh unter dieser Rollenaufteilung der Eltern gelitten: Er habe sich dafür geschämt, daß im Unterschied zu den Gleichaltrigen die Mutter in der Männer-Rolle gewesen sei und der Vater handwerklich nichts zustande bringen konnte. Schon als kleiner Junge habe er deshalb Handwerker sein wollen. So sei er mit einem Gleichaltrigen häufig zu verschiedenen Handwerksmeistern im Ort gegangen und habe dort mitarbeiten wollen, was von jenen meist nicht richtig ernst genommen werden

konnte. Meist sei er zurückgewiesen worden und habe sich dann noch mehr für sein Elternhaus geschämt. Als Achtjähriger habe er ganz alleine die Garageneinfahrt des Elternhauses mit Platten ausgelegt, um gegenüber dem Dorf diesen «Schandfleck» zu beheben.

Auf diesem Hintergrund sei es ihm in Kindheit und Jugend – und im Grunde genommen bis heute – immer darum gegangen, auf keinen Fall negativ aufzufallen. Jegliche aggressive Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen, jeden Widerspruch gegenüber Vorgesetzten hat er unterdrückt, war bemüht, nach außen «das Gesicht zu wahren». So übernimmt er dann auch nach Abschluß der Volksschule auf Drängen der Mutter die elterliche Landwirtschaft, obwohl er eigentlich eine Mechanikerlehre absolvieren wollte. Als sich nach einigen Jahren jedoch abzeichnet, daß die Landwirtschaft zu klein ist, um genügend abzuwerfen, verpachtet er sie mit Einverständnis der Mutter nach und nach und läßt sich zum Feinmechaniker umschulen. Seit zehn Jahren ist er nun in einer Firma tätig, die in dieser Zeit sich immer mehr vergrößerte. In dieser gilt er als Tüftler, der weitgehend eigenständig komplexe Probleme in der Konstruktion von Maschinen umsetzen kann. Obwohl er weiß, daß er von den Vorgesetzten aufgrund seiner Fähigkeiten sehr geschätzt wird, kommt er wegen Kleinigkeiten immer wieder in einen innerlichen Rechtfertigungszwang ihnen gegenüber. So meint er etwa eine Erklärung schuldig zu sein, wenn er einen Vorgesetzten im Betrieb an einem Ort trifft, wo dieser den Eindruck haben könnte, daß er sich außerhalb der vorgesehenen Arbeitspausen in Richtung Kantine bewegt. In solchen und ähnlichen Situationen merkt er dann, daß er unter eine verstärkte innere Anspannung gerät und sich dabei auch die Gesichtsschmerzen verstärken.

#### 4. Differentialdiagnose bei chronischen Schmerzzuständen

Der amerikanische Internist und Psychoanalytiker G. L. ENGEL (1959) beschrieb aufgrund sorgfältiger klinischer Beobachtungen eine Gruppe von Patienten, welche Schmerz zur Regulation ihres psychischen Gleichgewichtes verwenden. Nach ENGEL liegt diese *pain-proneness* ganz wesentlich in der Kindheitsentwicklung dieser Patienten begründet, welche von ausgeprägter emotionaler Deprivation und körperlicher Mißhandlung geprägt war: Die Eltern waren gegeneinander oder gegenüber dem Kind verbal oder auch physisch brutal. Nicht selten war ein Elternteil aggressiv und der andere unterwarf sich, wobei der aggressive häufig alkoholabhängig war. Ein

Elternteil oder beide Eltern neigten dazu, nach Bestrafung des Kindes ihre Gewissensbisse durch besonders starke Zuneigung wieder auszugleichen, so daß das Kind die Erfahrung machte, daß Schmerz und Leiden zu Zuneigung führen. Das Kind kann sich auch Selbstverletzungen aussetzen, um diese Zuneigung seitens der Eltern zu provozieren. Nicht selten versuchen die Kinder, die Aggressivität zwischen den Eltern gegen sich zu richten, was ein früher Hinweis auf Schuldgefühle beim Kind darstellt. Oft litt auch ein Elternteil oder eine andere wichtige Bezugsperson unter chronischen Schmerzen oder einer anderen chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankung. Dies kann dazu führen, daß sich das Kind dafür verantwortlich und schuldig fühlt, vor allem im Zusammenhang mit aggressiven Impulsen, Handlungen oder Wünschen. Daneben kann auch ein plötzliches äußeres Ereignis dazu beitragen, daß ein Kind sein bis dahin aggressives Verhalten aufgibt, weil es sich in irgendeiner Weise dafür verantwortlich und damit schuldig fühlt. Auch Verluste oder drohende Verluste sind in der Kindheit späterer Schmerzpatienten häufig zu beobachten. Bei dieser Prädisposition können dann im Erwachsenenalter Verluste oder andere bedrohliche Ereignisse zur Schmerzauslösung führen. Dabei kann die Lokalisation durch vorangegangene eigene Schmerzerfahrung oder – im Sinne der Identifizierung – solcher bei wichtigen Bezugspersonen vorgebahnt sein. Auch in der Gestaltung ihrer Beziehungen im Erwachsenenleben fielen ENGEL Gemeinsamkeiten in Richtung eines psychischen Masochismus auf. ENGEL selbst wies darauf hin, daß es sich dabei um keine nosologisch homogene Gruppe von Patienten handelt, daß sie sich vielmehr auf verschiedene Diagnosegruppen verteilen. Hinsichtlich der Ätiopathogenese können drei verschiedene Subgruppen chronischer Schmerzpatienten unterschieden werden:

#### 4.1 Psychogener Schmerz

Die Diagnose «psychogener Schmerz» («somatoforme Schmerzstörung» nach ICD-10, F45.4) wird oft anhand unzureichender Krite-

rien gestellt, indem sich der Untersucher etwa auf den Ausschluß einer organischen Erkrankung beschränkt. Auch Patienten mit «auffälligem» Verhalten in der Kommunikation mit dem Untersucher werden nicht selten vorschnell mit dieser Diagnose versehen. Auch bei einigen (meist klinikfernen) Psychoanalytikern besteht aufgrund ihrer Neigung, jedes körperliche Geschehen symbolhaft zu verstehen und daraus eine Psychogenese abzuleiten, diese Gefahr. Beispielfhaft sei hier die Interpretation von Rückenschmerzen erwähnt, welche – unabhängig jedweder somatischer Parameter – pauschal nach dem Modell der prägenitalen Konversion symbolhaft gedeutet werden. ALEXANDER (1935) wies bereits darauf hin, daß es ein «methodischer Irrtum» ist, wenn man jedes organische Symptom psychologisch zu deuten versucht. Letztlich handelt es sich dabei um einen Rückfall auf die Verständnisebene GRODDECKs in den Anfängen der psychoanalytischen Psychosomatik. Ein negatives Ergebnis somatischer Ausschlußdiagnostik allein ist für die Diagnose eines psychogenen Schmerzsyndroms genauso wenig ausreichend wie die affektive Reaktion des Untersuchers (sog. Gegenübertragung, Empathie). Zusätzlich müssen weitere diagnostische Parameter positiv sein: eine individuell überfordernde äußere Lebens- oder intrapsychische Konfliktsituation in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem erstmaligen Auftreten der Schmerzen sowie die Belegbarkeit von Symptomwahl und -lokalisierung, z. B. durch ein Krankheitsmodell bei einer wichtigen Bezugsperson oder in der eigenen Vorgeschichte; auch muß Schmerz für den Patienten das vorherrschende Symptom (und nicht eines unter mehreren) sein.

HOFFMANN und EGGLE (1993) differenzieren – auf dem Hintergrund einer Ausweitung des Konversionskonzeptes auf präöipale Störungen (HOFFMANN u. EGGLE, 1984) – *drei klinische Gruppen psychogener Schmerzpatienten*:

a) Bei der größten Gruppe findet sich eine Häufung von *zwanghaften, depressiven und masochistischen* Persönlichkeitsanteilen. Viele von ihnen hatten eine harte Jugend gehabt, gekennzeichnet durch emotionale Deprivation und körperliche Mißhandlung. Es sieht

so aus, als ob die Patienten in ihrem Leben nur einen einzigen Ausgleich für ihr Gefühl, zu kurz gekommen zu sein, gesucht hätten, nämlich harte Arbeit, Pflichtausübung, Unabhängigkeit, Klaglosigkeit, Sachlichkeit beim Lösen der eigenen Schwierigkeiten. Diese Patienten waren in bezeichnender Weise vor der Schmerzkrankheit so gut wie nie krank, waren meist 20 bis 30 Jahre geradezu «arbeitssüchtig» («workaholic»), konnten sich passive Wünsche nie zugestehen. Krankheitsmodelle, welche bei der Erhebung einer sorgfältigen biographischen Anamnese, sei es in der Eigen- oder der Familienanamnese, schnell deutlich werden, bestimmen meist die Schmerzlokalisation.

b) Die zweite Gruppe psychogener Schmerzpatienten ist deutlich kleiner. Auch wenn die Schmerzschilderungen auf den ersten Blick ähnlich klingen, weisen diese Patienten fast ausnahmslos einen Unfall oder einen operativen Eingriff am Beginn der Schmerzerkrankung auf. Mehr oder weniger zufällig fällt dieses körperliche Trauma mit einer psychosozialen Belastungs- oder intrapsychischen Konfliktsituation zusammen, deren Bewältigung den Betroffenen aufgrund der individuell zur Verfügung stehenden Konfliktbewältigungsstrategien («Abwehrmechanismen») überfordert. Die Gruppe dieser Patienten, bei der Männer deutlich überwiegen, zeigt *schizoide* und *narzisstische* Persönlichkeitszüge. Die Zufälligkeit des körperlichen Traumas bestimmt den Ort der Schmerzen.

c) Bei der dritten Gruppe schließlich überwiegen jüngere Frauen mit *hysterischen* Persönlichkeitszügen. Diese Patientinnen sind im Darstellungsverhalten deutlich expressiver, in der Ausübung von averbalem Druck auf den Arzt direkter und massiver; Kontaktaufnahme und Herstellen einer stabilen Arbeitsbeziehung sind schwieriger. Hinsichtlich der Lokalisation besteht eine gewisse Bevorzugung von Unterleib und kleinem Becken sowie Armen und Beinen. Neben Krankheitsmodellen spielt hinsichtlich der Lokalisation bei dieser Gruppe manchmal auch die symbolhafte Bedeutung der Schmerzen eine Rolle. Mit zunehmender Dauer werden bei vielen dieser Patientinnen die Schmerzen multilokulär und um weitere körperliche (z. B. Schwindel, Taubheitsgefühl, Übelkeit, Juckreiz) und teilweise auch psychische Symptome (z. B. Ängste) erweitert; das dann oft rasch wechselnde Beschwerdebild zeigt viele Merkmale der Somatisierungsstörung nach ICD-10 (F45.0).

Bei allen drei Gruppierungen sind dann nicht selten im weiteren Verlauf sekundär organische Veränderungen, z. B. infolge eines Medikamentenabusus oder iatrogenen Schädigungen, hinzugekommen, weshalb eine sorgfältige Abklärung der körperlichen Vorgänge wie auch der psychosozialen Gegebenheiten zum Zeitpunkt des Schmerzbeginns von zentraler Bedeutung für eine differenzier-

te diagnostische Einordnung ist. ENGELS klinische Beschreibungen für die Gesamtgruppe psychogen Schmerzkranker konnten in zwei kontrollierten retrospektiven Studien mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen empirisch weitgehend belegt werden (ADLER et al., 1989; EGLE et al., 1991 b). Dazu gehört häufig auch eine emotional unbefriedigende bis schwer gestörte Partnerbeziehung in der Gegenwart, welche die enge Verknüpfung von Körperschmerz und Seelenschmerz besonders offensichtlich werden läßt. Insofern sollte die Diagnostik bei psychogenen Schmerzpatienten um ein Paar- oder Familiengespräch ergänzt werden. Im Rahmen der selektierten Population einer Schmerzambulanz macht die Gruppe psychogener Schmerzpatienten insgesamt 25 bis 30 Prozent aus (HOFFMANN u. EGLE, 1993).

## 4.2 Psychosomatische Schmerzzustände

Unter psychosomatischen Schmerzen werden genau betrachtet *zwei unterschiedliche pathogenetische Prinzipien* subsumiert: Die kleinere Gruppe bilden Patienten, bei denen es durch das Zusammenwirken körperlicher und seelischer Faktoren zu schmerzverursachenden organ destruktiven Veränderungen kommt und dann auch im Schmerzerleben körperliche und seelische Faktoren eng ineinander verwoben sind, wie dies bei einem Teil der Patienten mit Bandscheibenvorfall sowie bei jenen, welche posttraumatisch einen Morbus Sudeck entwickeln, der Fall ist. Die größere Gruppe müßte exakter als «funktionelles Schmerzsyndrom» bezeichnet werden: So wird heute davon ausgegangen, daß bei den verschiedenen primären Kopfschmerzformen das jeweils unterschiedlich gewichtete Zusammenwirken muskulärer, vaskulärer und zentraler Faktoren zu einer (reversiblen) Funktionsstörung führt, welche im Kopfschmerzanfall mündet. Auch bei der generalisierten Tendomyopathie bzw. primären Fibromyalgie wird die Schmerzgenese auf eine Funktionsstörung zurückgeführt, welche körperlich wie seelisch determiniert ist. Ergänzt man die genannten Schmerzerkrankungen um das vor allem in der Zahnmedizin häu-

fige orofaziale Schmerzdysfunktionssyndrom sind damit auch schon die häufigsten Krankheitsbilder bei dieser Patientengruppe genannt, bei der psychopathologisch eine ängstliche Grundpersönlichkeit vorherrschend ist. In der Population einer Schmerzzambulanz macht diese Subgruppe insgesamt etwa 50 Prozent aus.

#### 4.3 Primär organisch bedingte chronische Schmerzen

Die Schmerzen entsprechen weitgehend den anatomischen Gegebenheiten und physiologischen Untersuchungsbefunden. Diese Patienten wirken offen und zugänglich, in ihren Schmerzschilderungen und Affekten adäquat. Familiäre Probleme sind selten, die Ehe ist meist intakt. Die Neigung zu besonderer Fürsorglichkeit seitens des Partners enthält allerdings die Gefahr eines sekundären Krankheitsgewinns, welcher dann zur Chronifizierung beitragen kann (BLOCK et al., 1980). Meist besteht eine gute soziale Eingliederung mit zufriedener Arbeitssituation und Hobbies in der Freizeit. Eventuell bestehen sekundär psychische Veränderungen in Form einer gewissen Gereiztheit, Depressivität oder auch Angst, welche im Sinne der gate-control-Theorie das Schmerzempfinden wieder verstärken können. Häufigste Schmerzzursache sind körperliche Schädigungen infolge schwerer Unfälle, Arthrosen, rheumatoide Arthritiden oder auch (die kleine Zahl echter) Trigeminusneuralgien. Im Rahmen einer Schmerzzambulanz beläuft sich der Anteil dieser Patienten auf knapp 20 Prozent, wobei zu berücksichtigen ist, daß gerade Patienten mit Arthrosen und vor allem Arthritiden bei Rheumatologen bzw. Orthopäden in Behandlung sind und eher selten eine spezielle Schmerzeinrichtung aufsuchen.

#### 4.4 Chronische Schmerzen im Rahmen psychischer Erkrankungen

Der Vollständigkeit halber seien differentialdiagnostisch noch drei Krankheitsbilder, bei

denen chronische Schmerzen im Vordergrund stehen können, gesondert angeführt; sie sind jedoch selten: *coenästhetische Psychose*, *artifizielle Erkrankungen* sowie *Simulation*.

Schmerz kann Ausdruck von *Körperhalluzinationen* sein, was sowohl im Rahmen von Schizophrenien als auch endogenen Depressionen möglich ist. Beide psychiatrischen Krankheitsgruppen machen jedoch nur einen recht kleinen Teil chronischer Schmerzpatienten aus: 1 bis 2 Prozent der Population einer Schmerzklinik, weniger als 5 Prozent in psychiatrischen Schmerzzpopulationen. Den Psychosen zuzuordnen sind auch die vor allem bei Schmerzpatienten in der Zahnmedizin vorkommenden monosymptomatischen hypochondrischen Psychosen (MARBACH, 1976). Es handelt sich dabei um Patienten, die wahnhaft und durch ärztliche Versicherung unbeirrbar davon überzeugt sind, daß als Ursache ihrer Schmerzen ihre Zahnokklusion nicht in Ordnung ist.

Patienten mit *artifiziellen Erkrankungen* versuchen, durch das Sich-Zufügen körperlicher Störungen oder durch die Vorgabe von Symptomen Ärzte dazu bringen, bei ihnen körperliche Eingriffe durchzuführen. Die Patienten stammen oft aus Familien, in denen es Dissozialität, Delinquenz, Sucht, Kindesmißhandlung und Inzest gegeben hatte. Da Schmerz ein wichtiges Symptom von Krankheit ist, ist davon auszugehen, daß in der Population spezieller Schmerzzkliniken der Anteil von Artefakt-Patienten höher als bisher erkannt liegen dürfte.

Von den Artefakt-Krankheiten abzugrenzen ist die *Simulation*. Sie unterscheidet sich durch das bewußte Motiv und den offensichtlichen sekundären Krankheitsgewinn. Das häufigste Motiv, Schmerzen bewußt vorzugeben, ist eine Suchtproblematik. Simulation ist bei chronischen Schmerzzuständen insgesamt in Wirklichkeit sehr viel seltener als sie – überwiegend dann, wenn kein körperlicher Befund nachweisbar ist – gegenwärtig diagnostiziert wird. Eine ausführliche interdisziplinäre Abklärung chronischer Schmerzen, vor allem auch die Abklärung psychischer Faktoren, macht «eingebildete Schmerzen» zu einer Seltenheit.

## 5. Psychodynamische Erklärungsprinzipien bei psychogenen und psychosomatischen Schmerzzuständen

Ebenso wie schon FREUD beschrieb auch ENGEL (1959) psychogene Schmerzpatienten als masochistisch, die Patienten richten ihre aggressiven Impulse gegen sich selbst. In einer Reihe psychodynamisch orientierter Arbeiten (vgl. EGGLE, 1993), welche sich meist auf einen Einzelfall oder eine sehr geringe Anzahl von Patienten beschränken, wird dieser psychische Masochismus immer wieder bestätigt (vgl. u. a. HIRSCH, 1989). Aufgrund einer systematischen Auswertung von etwa 700 chronischen Schmerzpatienten widersprechen HOFFMANN und EGGLE (1989) einer ausschließlichen Verknüpfung von psychogenem Schmerz mit diesem einen psychodynamischen Mechanismus. Sie unterscheiden vier psychodynamische Erklärungsprinzipien bei der Entstehung ausschließlich oder überwiegend psychisch determinierter Schmerzzustände.

### 5.1 Narzißtischer Mechanismus

Schmerz intendiert im Rahmen des narzißtischen Mechanismus die Vermeidung oder Begrenzung einer subjektiv existentiellen Krise des Selbstgefühls, in dem er das intrapsychisch wahrgenommene Defizit füllt (*psychoprophetische Funktion*). Durch Schmerz kann das psychische Funktionieren aufrechterhalten und ein psychischer Zusammenbruch vermieden werden. Wenngleich es sich ähnlich wie bei der Konversion um eine Symbolisierung handeln kann, steht jedoch hinsichtlich seines dynamischen Gewichtes der Rekonstruktionsvorgang vor dem kommunikativen Ausdrucksgehalt; die Sicherung oder Wiederherstellung existentieller psychischer Basisbedingungen ist vorrangig.

Dabei handelt es sich um Menschen mit einer ausgeprägten libidinösen Besetzung ihres Körpers. Es bestehen unverarbeitete infantile Unverletzlichkeitsphantasien mit besonders hohen Leistungs- und Erfolgsidealen. In Ver-

sagungs- und Mißerfolgssituationen tritt dann ein ausgeprägt regressives Verhalten auf. Die Brüchigkeit des Selbstgefühls wird in solchen «narzißtischen Krisen» deutlich. Meist handelt es sich dabei um plötzliche Ereignisse, vor allem Unfälle, welche zunächst die Schmerzen auslösen und diesen Patienten ein ausgeprägtes Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit vermitteln. Die plötzliche Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der körperlichen Unverletzlichkeit reaktualisiert infantile Hilflosigkeitserlebnisse, welche früher durch die Entwicklung eines kompensatorischen Narzißmus stabilisiert werden konnten. Diese narzißtische Kompensation endet bei ernsthaften Lebensschwierigkeiten sehr schnell, das Selbstgefühl hat sozusagen keine Reserven. Schmerz stellt damit unbewußt einen *Zugewinn an «schmerzhafter Ordnungsstruktur»* dar. Diese psychodynamische Vorstellung läßt sich auch durch die Beobachtung bei schwer gestörten Borderline-Persönlichkeiten belegen, welche oft zu aktiven Selbstverletzungen mit Rasierklingen, Messern oder Zigaretten neigen. Das Unfallereignis würde an die Stelle der aktiven Selbstverletzung treten, die intrapsychische Aufrechterhaltung der zunächst oft primär durch den Unfall bedingten Schmerzen die aktive Selbstverletzung ersetzen. Bei einer Subgruppe von Patienten mit atypischen Gesichtsschmerzen steht eine zahnärztliche Behandlung häufig an Stelle des Unfallereignisses. MARBACH (1976) beschreibt dies als «phantom bite syndrome», das als narzißtische «Plombe» fungiert. Nicht selten entwickelt sich bei diesen Patienten ein typisches Krankheitsverhalten mit häufigen Arztwechseln («doctor shopping»), wobei zunächst die Ärzte in charakteristisch narzißtischer Weise idealisiert und dann als enttäuschend erlebt werden. Es kommt zu einer narzißtischen Neuorganisation als leidendes Opfer.

Der Erklärungswert dieses Prinzips reicht vom halluzinierten Schmerz des Psychotikers, mit dem dieser versucht, eine «erfühlbare Ordnungsgestalt» in sein Chaos zu bringen, über schwer gestörte Borderline-Persönlichkeiten bis hin zu narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, etwa bei Patienten mit

persistierenden LWS-Schmerzen nach Bandscheibenprolaps-Operation, für die zuvor kaum (körperliche) Leistungsgrenzen existierten.

## 5.2 Konversionsmechanismus

Der Konversionsmechanismus ist das am breitesten verwendbare Prinzip zur Erklärung der Entstehung von Schmerzen im überwiegend oder mitverursachend psychogenen Sinne. Er geht von der Annahme innerer Konflikte aus, die durch ein körpersprachlich dargestelltes Symptom entlastet werden sollen. Diese Symptome drücken eine Kommunikation aus, weswegen sie auch als *Ausdruckskrankheiten* bezeichnet werden. Vier Bereiche unerträglicher Gefühle und Konflikte können durch Schmerz abgewehrt werden:

1. Die symptomgebundene *Darstellung des «alten Schlimmen»*. Die Patienten erzählen zunächst von einer glücklichen Kindheit, um dann bei genauerem Nachfragen schließlich eine Entwicklung in der Kindheit darzustellen, die von emotionaler Deprivation, körperlichen Mißhandlungen und einer frühen körperlichen Leistungsüberforderung gekennzeichnet war. Die Patienten drücken über das Symptom Schmerz das erlebte Elend in einer für sie selbst chiffrierten Form aus. Seiner Tendenz nach wäre das Symptom ein «Bewältigungsversuch».
2. Die *Entlastung von Schuldgefühlen*. Diese Schuldgefühle stehen meist im Zusammenhang mit aggressiven Impulsen, welche auf dem Hintergrund der bedrohlichen familiären, häufig physischen Auseinandersetzungen in der Kindheit abgewehrt werden mußten. Die Bedeutung des Symptoms Schmerz bestünde hier vor allem in einem Sühnevorgang, durch den einestils Aggressionen neutralisiert und anderenteils subjektive Schuld getilgt werden.
3. Die *Entlastung von «schmerzhaften» Affekten*, vor allem angsthaften und depressiven Verstimmungen, aber auch von Leere- und Sinnlosigkeitsgefühlen. Durch Schmerz erfolgt eine «Umlenkung» der Aufmerksamkeit vom psychischen zum körper-

lichen Bereich. Der Körper wird zum narzißtischen Objekt (HIRSCH, 1989 b). Diese «Umlenkung» wird dann meist noch durch eine körperliche Überaktivität unterstützt.

4. Die *Erhaltung eines bedrohten sozialen Bezugs*. Der Schmerz symbolisiert hier das Fortbestehen einer Beziehung. ENGEL wies schon darauf hin, daß Schmerz eine wichtige Bedeutung in der Beziehung zwischen Mutter und Kind hat. Schmerz enthält die Gewißheit, daß die Mutter kommen, trösten, helfen und alles wieder gut machen wird. Solange der Schmerz besteht – so hieße das unbewußte Motiv –, ist man nicht allein. Auf diese Bedeutung des Schmerzes als Ersatz eines mütterlichen Objektes hat vor allem HIRSCH (1989) hingewiesen. In einer empirischen Studie konnten AHRENS und LAMPARTER (1989) diese objektale Funktion des Schmerzes für eine Subgruppe chronischer Schmerzpatienten belegen. Die psychische Organisation des Schmerzes als inneres Objekt ging mit niedrigeren Depressionswerten, jedoch längerer Beschwerdedauer im Vergleich zu einer Subgruppe chronischer Schmerzpatienten einher, bei denen der Schmerz keine objektale Funktion übernommen hatte.

## 5.3 Primäre Umwandlung von Affekten in körperliche Spannungszustände

Ausgehend von der Beobachtung, daß entwicklungspsychologisch alle Affekte anfangs körperlich erlebt und erst im Laufe des Erwachsenwerdens «psychisiert» werden, können bei mangelnder Desomatisierung oder auch bei einer ausgeprägten Resomatisierung vegetative Spannungszustände als Affektäquivalente auftreten. Im Rahmen dieser vegetativen Spannungszustände kann es zu erhöhten Muskelspannungen als unspezifische Reaktion auf verschiedene Belastungssituationen kommen. Schon JORES (1973) beschäftigte sich ausführlich mit Schmerzzuständen im Rahmen psychovegetativer Syndrome. ERMANN (1987) sieht in der Genese psychovegetativer Syndrome eine zweigleisige Pathologie ablaufen: Über eine Konfliktpa-

thologie kommt es im Rahmen mißglückter Konfliktlösungen zu Störungen im affektiven Erleben, z. B. Ängsten, Erschöpfungen, Depressionen. Die gleichzeitig bestehende Ich-Pathologie bewirkt, daß der seelische Anteil dieses Erlebens unterbewertet, in der Wahrnehmung vernachlässigt wird, so daß sich die Aufmerksamkeit auf begleitende körperliche Störungen konzentriert. Dies führt zu einer Aktivierung der körperzentrierten Wahrnehmung, die ihrerseits wiederum diesen Circulus vitiosus unterhält. Der Körper ist dabei nicht Teil des empfundenen Ichs, sondern wird zum ängstlich beobachteten Objekt. Dies beeinflusst auch die Zugänglichkeit dieser Patienten für Psychotherapie: Sie sind in besonderem Maße von einer ausschließlich organischen Genese ihrer Beschwerden überzeugt. Im psychovegetativen Modell nach ERMANN findet sich hinsichtlich dessen, was durch das Symptom ausgedrückt wird, eine Kombination von Faktoren, die beim Konversionsmechanismus einerseits und beim narzißtischen Mechanismus andererseits dargestellt wurden. Dieser Mechanismus ist besonders häufig bei Patienten mit generalisierter Tendomyopathie (primärer Fibromyalgie), Spannungskopfschmerz, orofaziales Schmerzdysfunktionssyndrom und funktionellen Abdominalbeschwerden zu finden.

#### 5.4 Lernvorgänge

«Der Reflexvorgang bleibt das Vorbild auch aller psychischen Leistung» (FREUD, 1900, S. 543). Trotz dieses Hinweises von FREUD auf die Bedeutung von Lernvorgängen sind diese in ihrer Bedeutung im Rahmen der Psychoanalyse bis heute randständig geblieben. SCHWARTZ und SCHILLER (1970) entwickelten ein Konzept der «Automatisation» bestehenden neurotischen Verhaltens. Bei Schmerzen spielen insbesondere das operante Konditionieren und die soziale Verstärkung für die Aufrechterhaltung und Chronifizierung von Schmerzvorgängen eine entscheidende Rolle. Das Symptom, das ursprünglich durch konflikthafte Bedingungen, wie sie unter 5.1 bis 5.3 dargestellt wurden, entstand, wird sekundär durch soziale Faktoren, nicht zuletzt durch

einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn, unterhalten.

### 6. Die biographische Anamnese als diagnostische Grundlage zur Differenzierung psychogener von organischen Schmerzzuständen

Da chronischer Schmerz nur auf dem Hintergrund eines biopsychosozialen Krankheitskonzeptes (ENGEL, 1977) zu verstehen ist, liegt es nahe, bei der Gestaltung des ersten Kontaktes zwischen Arzt und Schmerzpatient ein Vorgehen zu wählen, das auch diesem biopsychosozialen Schmerzverständnis entspricht. Ein solches liegt mit der von G.L. ENGEL entwickelten «biographischen Anamnese» vor (ADLER u. HEMMELER, 1986). Bei Patienten, deren Schmerzen länger als sechs Monate dauern, sollte vor weiteren technisch-apparativen Untersuchungen bzw. der Überweisung des Patienten zur fachspezifischen Abklärung eine ausführliche biographische Anamnese durchgeführt werden. Auch zeitlich aufwendigere Verfahren, wie etwa ein psychoanalytisches Erstinterview oder eine Verhaltensanalyse, können – im Unterschied zu dem nicht selten selbst erhobenen Anspruch – beim chronischen Schmerzpatienten nicht mehr, als die im Rahmen einer biographischen Anamnese erhobenen psychosozialen Parameter weiter zu spezifizieren, ohne sie jedoch hinsichtlich ihrer Wertigkeit für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik adäquat definieren zu können. So gibt es auch hier – ähnlich wie bei den Ergebnissen technisch-diagnostischer Spezialuntersuchungen – Zufallsbefunde oder zusätzliche weitere Erkrankungen, die oft vorschnell und – von der einseitig fachspezifischen Sichtweise geprägt – kausal mit dem chronischen Schmerzgeschehen in Verbindung gesetzt werden. Damit soll keineswegs zum Ausdruck gebracht werden, daß Spezialuntersuchungen in den verschiedenen Fächern bei einer zuvor sorgfältig erhobenen Anamnese überflüssig sind. Bei vielen chronischen Schmerzpatienten sind sie unver-

zichtbar. Gleichzeitig ist jedoch wesentlich, daß der jeweilige Spezialist seine diagnostische Abklärung als Mosaikstein auf dem Hintergrund eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses sieht, dessen Ergebnis er dem die Diagnostik koordinierenden «Generalisten» zukommen läßt.

Bei Schmerzpatienten hat die biographische Anamnese in besonderem Maße die Funktion eines Screening-Verfahrens, welches eine diagnostische Einordnung der Schmerzen hinsichtlich ihrer Ätiologie mit recht großer Sicherheit gestattet (EGLE et al., 1991 a). Im folgenden sollen die in verschiedenen Untersuchungen gewonnenen Screening-Parameter jeweils den acht Schritten der biographischen Anamnese zugeordnet werden.

1. *Vorstellung:* Im Rahmen einer multidisziplinären Schmerzabklärung, wie dies etwa in der Schmerzambulanz einer Universitätsklinik der Fall ist, erscheint es besonders wesentlich, daß der jeweilige Untersucher neben seiner Namensnennung auch Funktion und Ziel des Gespräches definiert. Gerade wenn derjenige, der die biographische Anamnese durchführt, nicht ein «Generalist», sondern ein Spezialist, wie etwa der psychosomatische Konsiliarius oder auch der Neurologe, ist, erscheint dies zur Orientierung des Patienten besonders wichtig.

2. *Gesprächsatmosphäre:* In Ergänzung der Definition der Funktion bei der Vorstellung wird dem Patienten neben der zur Verfügung stehenden Zeit für das Gespräch und eventuell dessen anschließende Ergänzung durch Fragebögen auch meist in einfachen Worten die gate-control-Theorie skizziert. Dies hat sich gerade zur Schaffung einer entspannteren Gesprächsatmosphäre bewährt, um die Angst vieler Patienten, sie sollen durch das Gespräch als Simulanten entlarvt werden, abzubauen. Die Mitteilung von Nervenbahnen, welche im Gehirn Stimmungszentrum und «Schmerzzentrum» miteinander verbinden, vermittelt dem Patienten die Vorstellung, daß auch stimmungsbedingter Schmerz ein «richtiger», da über Nervenbahnen vermittelter Schmerz ist.

3. *Landkarte der Beschwerden:* Wesentlich ist hier vor allem, daß über die ganz im Vordergrund stehenden Schmerzen hinaus auch nach anderen körperlichen wie seelischen Beschwerden (auch nach Angst und Depression), unter denen der Patient im Augenblick leidet, gefragt wird. Da für die meisten Schmerzpatienten ihre Schmerzen alles andere überdecken, werden andere Beschwerden vom Patienten selbst häufig nicht erwähnt, und der Untersucher – oft eingefangen von den ausführlichen Schmerzschilderungen des Patienten – versäumt es, danach zu fragen.

4. *Symptomabklärung:* Bei der Symptomabklärung ergeben sich erste deutliche Hinweise zur Differenzierung psychogener von organischen Schmerzzuständen. ADLER und HEMMELER (1986) nennen folgende Kriterien, die für ein psychogenes Schmerzsyndrom sprechen: fehlende Abhängigkeit der Schmerzen von der Willkürmotorik, Fehlen schmerzverstärkender bzw. schmerzlindernder Faktoren, Fehlen schmerzfreier Intervalle, vage Lokalisation, sehr affektiv getönte, teilweise symbolhafte Schmerzbeschreibung, inadäquate Affekte, atypische Reaktion auf Medikamente. Darüber hinaus neigen psychogene Schmerzpatienten dazu, ihre Schmerzen im Vergleich zu organischen Schmerzpatienten als stärker zu beschreiben. Beim Untersucher lösen sie in der Gegenübertragung signifikant häufiger Gefühle von Ungeduld, Ärger, Wut, Langeweile, Hilflosigkeit und Verwirrung, aber wenig Empathie und innere Ruhe aus. Mittels dieser Kriterien konnten neun von zehn psychogenen Schmerzpatienten richtig erkannt und ebenfalls neun von zehn organischen Schmerzpatienten richtig zugeordnet werden. Ein Schmerzbeginn vor dem 35. Lebensjahr ist ein weiteres auf psychogenen Schmerz hinweisendes Kriterium (EGLE et al., 1991 a). Darüber hinaus erscheint bei Schmerzpatienten im Rahmen der Symptomabklärung eine sorgfältige Erhebung des Analgetika-Konsums sehr wichtig, um medikamenteninduzierte Schmerzen (vor allem bei Kopfschmerz, aber nicht nur bei diesen) erkennen zu können.

Die Erfassung der Schmerzbeschreibung kann auch systematisch mit Hilfe der deut-



schen Version des McGill Pain Questionnaires (MELZACK, 1975) durchgeführt werden. Die hier vorgegebenen schmerzbeschreibenden Adjektive gestatten eine Differenzierung zwischen sensorischen und affektiven Schmerzqualitäten beim einzelnen Patienten.

5. *Altanamnese*: Zur Differenzierung psychogener von organischen Schmerzsyndromen sind vor allem die Abklärung von Konversionssymptomen in der Vorgeschichte sowie frühere Erkrankungen bzw. Beschwerden infolge von Unfällen, die jetzt als «Krankheitsmodell» für die jetzige Schmerzsymptomatik dienen könnten, von Bedeutung. Häufige Konversionssymptome in der Vorgeschichte psychogener Schmerzpatienten sind Bauchschmerzen (oft schon als Kind), häufiger auftretende Kloßgefühle und Atembeschwerden ohne körperliche Belastung sowie von jeher bestehendes Desinteresse an Sexualität bzw. fehlende sexuelle Befriedigung (EGLE et al., 1991 b). Weitere, weniger häufig auftretende Konversionssymptome, welche mit großer Sicherheit auf eine somatoforme Störung nach DSM-III-R hinweisen, sind Erbrechen (außer in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten), starke Periodenschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwindelgefühle und Suizidgedanken. Krankheitsmodelle in der Eigenanamnese sollten abgeklärt werden, doch sind sie differentialdiagnostisch weniger bedeutsam als solche bei wichtigen Bezugspersonen, wie diese im nächsten Schritt untersucht werden.

6. *Familien- und Entwicklungsanamnese*: Ein wesentlicher differentialdiagnostischer Parameter zwischen Patienten mit psychogenen und organisch bedingten Schmerzsyndromen sind «Krankheitsmodelle» bei wichtigen Bezugspersonen (EISENDRAHT et al., 1986; EGLE et al., 1991 a). Hinsichtlich ihrer Bedeutung besteht eine weitgehende Übereinstimmung zwischen lerntheoretischem und psychodynamischem Ansatz, wobei dieser bei einer diesbezüglich geprägten Symptomwahl naturgemäß stärker auf das Unbewußte sowie eine ausgeprägte Ambivalenz gegenüber der betreffenden Bezugsperson abhebt. Einen weiteren Screening-Parameter stellt ein Alkoholabusus seitens eines Elternteils dar

(EISENDRAHT et al., 1986). Hinsichtlich der Entwicklung in Kindheit und Jugend differenzieren folgende Parameter zwischen psychogenen und organisch bedingten Schmerzzuständen (EISENDRAHT et al., 1986; ADLER et al., 1989; EGLE et al., 1991 a): körperliche Mißhandlung und sexueller Mißbrauch, eine Beziehung zu einem oder zu beiden Elternteilen, welche von Interesselosigkeit und Ablehnung geprägt war, wobei Zuneigung, wenn überhaupt, dann nur an Leistung gekoppelt oder materiell ausgedrückt wurde. Bei Meinungsverschiedenheiten war keine Diskussion mit den Eltern möglich. Zwischen den Eltern gab es chronisch Streitigkeiten bis hin zu physischen Auseinandersetzungen, die Eltern ließen sich scheiden oder trennten sich, beide Eltern waren beruflich stark beansprucht, nicht selten durch einen Familienbetrieb. Auf dem Hintergrund dieser emotionalen Deprivation übernahm dann ein Lieblingsspielzeug oder -tier die Funktion eines Ersatzobjektes, d. h. war der einzige Ansprechpartner für alle Sorgen und Nöte des Kindes.

7. *Sozialanamnese*: Differentialdiagnostisch bedeutsam ist hier vor allem die Partnerbeziehung: eine insgesamt unbefriedigende Partnerbeziehung, Alkoholabusus und körperliche Mißhandlung seitens des Ehepartners sowie ein fehlendes Verständnis des Partners bezüglich der Schmerzen. Darüber hinaus können Konflikte mit Vorgesetzten am Arbeitsplatz als weiterer differentialdiagnostischer Parameter gesehen werden (EISENDRAHT et al., 1986; EGLE et al., 1991 a).

8. Am *Ende des Gespräches* ist es schließlich Aufgabe des Interviewers, zeitliche Zusammenhänge zwischen eruierten belastenden Lebenssituationen und dem erstmaligen Auftreten der Schmerzen herzustellen. Dies sollte nicht zu früh geschehen, da ansonsten leicht das Abwehrverhalten des Patienten verstärkt wird. Ähnliche Auswirkungen haben direkte Fragen nach solchen Zusammenhängen an den Patienten; sie sollten deshalb unterlassen werden.

Mit Hilfe der skizzierten differentialdiagnostischen Parameter, welche durch eine sorgfälti-

ge biographische Anamnese erhoben werden können, kann mit einer hohen Sicherheit (Sensitivität und Spezifität etwa 95 Prozent) ein psychogenes Schmerzsyndrom erkannt werden; auch die psychosomatische Schmerzgruppe kann darüber mit großer Sicherheit identifiziert werden (EGLE et al., 1991 a). Bedenkt man die jahrelang wiederholten diagnostischen Abklärungen, denen diese Schmerzpatienten unterzogen werden, falls keine frühe Weichenstellung erfolgt, und den damit verbundenen zeitlichen wie ökonomischen Aufwand, so erscheint das Postulat einer biographischen Anamnese bei allen chronischen Schmerzpatienten vor wiederholter technisch-diagnostischer Untersuchung gerechtfertigt! Aufgrund der Bedeutung der im Rahmen einer biographischen Anamnese erhebenden differentialdiagnostischen Parameter wurde ein strukturiertes Interview speziell für Schmerzpatienten entwickelt. Diese Strukturierte Biographische Anamnese für Schmerzpatienten (SBAS-IV) schließt alle oben genannten Screening-Parameter ein und ermöglicht gleichzeitig eine umfassende Dokumentation auf dem Hintergrund eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses.

## 7. Therapie

Das Spektrum an Therapieverfahren bei Schmerzkranken ist breit und – sicherlich auch mitbedingt durch die hohe Prävalenz – in besonderem Maße ein Aktionsfeld für Richtungskämpfe von Schulen, Außenseitermethoden und berufspolitische Interessen. Die folgenden Ausführungen sollen eine gewisse Orientierungshilfe schaffen, ohne diesen Bereich erschöpfend abhandeln zu können.

Die Wahl der Behandlung im Einzelfall sollte ganz wesentlich von zwei Prinzipien bestimmt sein: eine möglichst klare diagnostische Zuordnung zu einer der skizzierten Subgruppen hinsichtlich der Schmerzgenese (vgl. 4.) nach ausführlicher multidisziplinärer Abklärung sowie das «Abholen» des jeweiligen Patienten bei seinem augenblicklichen subjektiven Schmerzverständnis. Diesen beiden Gesichtspunkten entspricht weder die unter dem Begriff «moderne» Schmerztherapie in

Mode gekommene, am Schrotschußprinzip orientierte therapeutische Polypragmasie, welche von der Applikation (zentralwirksamer) Analgetika und Antidepressiva sowie Lokal- bzw. Regionalanästhesieverfahren, transkutanem Nervenstimulator und Akupunktur bis zu Entspannung und kognitiver Umstrukturierung beim Psychologen als pauschales Therapieangebot alles umfaßt, noch z. B. das in Psychosomatischen Kliniken verbreitete Prinzip, alle Medikamente als Bedingung vor Psychotherapie abzusetzen. Anders ausgedrückt: nicht «entweder-oder», aber auch nicht «sowohl-als auch alles nur mögliche» sollte das Behandlungsprinzip lauten, vielmehr sollte der individuell festzulegende Therapieplan in dem Kontinuum zwischen diesen beiden Polaritäten angesiedelt werden.

Hinsichtlich einer *differentiellen Indikationsstellung* zu verhaltenstherapeutischen bzw. psychoanalytischen Verfahren helfen folgende Kriterien weiter:

- Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind dann indiziert, wenn ein rehabilitatives, psychoanalytische Verfahren, wenn ein kuratives Behandlungsziel im Vordergrund steht;
- Verhaltenstherapie ist besonders wirksam, wenn eine inadäquate Krankheitsbewältigung bei primär körperlicher Grunderkrankung (z. B. rheumatoide Arthritis) vorliegt. Psychoanalytisch orientierte Verfahren sind dann indiziert, wenn es sich um somatoforme Schmerzen handelt, bei denen biographisch in größerem Ausmaß Traumatisierungen (und dadurch bedingt Beziehungsstörungen) nachweisbar sind.

Nach diesen grundsätzlichen Vorbemerkungen zu den erwähnten Therapieansätzen im einzelnen:

### 7.1 Medikamentöse Behandlung

*Analgetika* stellen – darüber können auch nicht die oben erwähnten eindrucksvollen Quantitäten hinwegtäuschen – nur eine symptomatische Behandlung dar. Bei regelmäßiger Einnahme tragen sie maßgeblich zur Chronifizierung bei, indem sie über pathophysiologische Mechanismen selbst wieder Schmerz induzie-

ren können (v. a. bei Kopfschmerz, aber nicht nur da), noch schwerwiegender jedoch, indem sie die Früherkennung psychischer Faktoren in der Schmerzgenese verhindern helfen; dies auch als Argument gegen die in letzter Zeit von Herstellerseite (mit immensem Werbeaufwand) bei allen chronischen Schmerzzuständen propagierte bedenkenlose Applikation neuerer zentralwirksamer Analgetika «ohne Abhängigkeitspotential».

Besteht ein Analgetikaabusus, sollte mit dem Patienten nicht nur ein Absetzungs- bzw. Reduktionsplan festgelegt werden, welcher gerade bei psychogenen Schmerzpatienten der Bedeutung des Medikamentes als Ersatzobjekt Rechnung trägt, sondern darüber hinaus auch die Medikamentengabe «zeitkontingiert» erfolgen (Patient holt sich im Rahmen einer stationären Behandlung das Medikament zur festgelegten Zeit selbst ab, ist diese verstrichen, ist dies erst wieder zum nächsten festgelegten Zeitpunkt möglich), um Konditionierungseffekte zu vermeiden bzw. abzubauen; meist ist dies nur im Rahmen einer stationären Behandlung möglich.

*Neuroleptika*, auch Depotneuroleptika, sollten – leidet der Patient nicht unter einer coenästhetischen Psychose – aufgrund ihrer relativ schlechten Schmerzwirksamkeit sowie der individuell nicht kalkulierbaren Gefahr von Früh- bzw. Spätdyskinesien nicht eingesetzt werden. Tranquilizer sind wegen ihres Suchtpotentials kontraindiziert.

Eine Reihe von *Antidepressiva* wirken auf den Serotoninstoffwechsel und haben darüber eine analgetische Potenz, die sich schon bei einer Dosierung von 50 bis 75 mg pro Tag entfaltet. Am besten gesichert ist dies für Clomipramin, doch auch bei einigen anderen trizyklischen Antidepressiva kann im Unterschied zu tetrazyklischen von einer analgetischen Wirksamkeit ausgegangen werden. Vielversprechend erscheinen auch erste Ergebnisse mit selektiven Serotonin-Reuptake-Hemmern bei Schmerzen infolge muskulärer Spannungszustände.

## 7.2 Lokalanästhetika, TENS und Akupunktur

Die Injektion von Lokalanästhetika kann bei der Behandlung chronischer Schmerzen ausgesprochen nützlich sein. Die methodische Palette reicht von der Neuraltherapie über die Trigger-Punkt-Behandlung bis zur Blockade großer Ganglien des sympathischen Grenzstrangs. Ziel ist das Durchbrechen funktioneller Entgleisungen zwischen Nozizeptorfeld, gesteigerten Afferenzen in Richtung auf das Rückenmark und Induktion einer gesteigerten Nozizeptorempfindlichkeit. Verstärkt und unterhalten wird diese hochgradige Sensibilität der Nozizeptoren offenbar durch gesteigerte Impulse der vom Rückenmark kommenden, efferenten Sympathikusfasern. Die vorüberge-

hende Schmerzausschaltung soll diesen Circulus vitiosus unterbrechen.

Die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) wird zur Behandlung chronischer Schmerzen breit eingesetzt. Wie auch bei der Akupunktur wird davon ausgegangen, daß es durch die elektrische Reizung von Nerven zu einer stimulationsbedingten Hemmung der zentral gerichteten Schmerzleitung kommt. Die TENS-Behandlung nutzt also die seitens der gate-control-Theorie postulierten kompetitiven Hemmungsmechanismen (vgl. 2.).

Nicht jeder Patient ist zur Akupunktur geeignet; bei manchen Patienten wirkt Akupunktur wohl auch als Placebo.

## 7.3 Entspannungsverfahren

Von den Entspannungsverfahren sind beim Schmerzkranken Progressive Muskelrelaxation und Biofeedback dem Autogenen Training überlegen. Nach unseren klinischen Erfahrungen überfordert das Erlernen des Autogenen Trainings viele Schmerzkranken aufgrund ihrer ausgeprägten Handlungsorientiertheit. Indiziert sind Entspannungsverfahren in erster Linie bei muskulären Spannungszuständen, bei denen ihre Wirksamkeit auch in einer Reihe kontrollierter Therapiestudien belegt werden konnte (Übersicht bei EGLE u. HOFFMANN, 1989).

## 7.4 Verhaltenstherapeutische Verfahren

Unter Verhaltenstherapie sind heute zwei Richtungen zu unterscheiden: die klassische und die kognitive. Die *klassische Verhaltenstherapie* versucht durch operantes und respondentes Konditionieren, den Einfluß des sekundären Krankheitsgewinns auf das Schmerzerleben zu reduzieren. Im Mittelpunkt stehen dabei Medikamentenkonsum und eine zu sehr die Krankenrolle fördernde Partnerbeziehung. Unter kognitiver Verhaltenstherapie wird heute ein Sammelsurium von psychologischen Techniken subsumiert, die nur teilweise theorieorientiert sind und deren wesentlichste Gemeinsamkeit ist, nicht der Psychoanalyse zu entstammen: Entspannungsverfahren, suggestive Techniken und systemische Interventionen finden sich hier neben kognitionspsychologischen Strategien

im engeren Sinne ebenso wie klassisches und operantes Konditionieren. Vereinfacht ausgedrückt geht es darum, den Patienten hinsichtlich der Wahrnehmung und Bewertung seiner Schmerzen – unabhängig von deren Ursache – zu einem «Umdenken» zu bringen (z. B. Verschiebung der Aufmerksamkeit, Veränderung von krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen; Übersicht bei NILGES u. BRINKMANN 1993). *Kognitive Verhaltenstherapeuten* erklären bei Schmerz jede Unterscheidung pathogenetischer Subgruppen zur biopsychosozialen «black box», wodurch eine Differenzierung des kognitiven Therapieprogramm-Pakets weder für den einzelnen Patienten noch für bestimmte Patienten- bzw. Diagnosegruppen erforderlich ist.

Nach Überzeugung des Verfassers kommen verhaltenstherapeutische Ansätze, wollen sie bei den skizzierten unterschiedlichen pathogenetischen Gruppen Schmerzkranker erfolgreich sein, jedoch kaum ohne eine solche diagnostische Differenzierung und auch nicht ohne einige psychodynamische Bausteine aus – so etwa die Berücksichtigung der Therapeut-Patient-Interaktion (Übertragung und Gegenübertragung) oder der Bedeutung von Schmerz in der Interaktion der Primärfamilie (Bedeutung von Identifizierung bzw. Krankheitsmodellen).

In einer Reihe kontrollierter Therapiestudien – überwiegend bei Patienten mit Kopf- und LWS-Schmerzen – konnte sowohl für klassische als auch für kognitive Verhaltenstherapie eine katamnestisch stabile Reduktion von Schmerzintensität und Medikamentenkonsum sowie Besserung affektiver Parameter belegt werden. Eingeschränkt werden die guten Evaluationsergebnisse durch die in allen Studien fehlende, bei den durchgehend kleinen Stichproben jedoch unbedingt erforderliche Beschreibung von Selektionsfaktoren (Übersicht bei EGLE u. HOFFMANN, 1989).

## 7.5 Psychoanalytische Verfahren

Die Psychoanalyse hatte Schmerz lange gleichsweise wenig Beachtung geschenkt. So

fehlen dann auch Abhandlungen zum Thema Schmerz in allen einschlägigen psychoanalytischen Lehrbüchern. Dies ist umso überraschender, als S. FREUD sein Konzept der Konversion am Beispiel der Entstehung eines psychisch bedingten körperlichen Schmerzes entwickelte. Allerdings dürfte eine hochfrequente Psychoanalyse auch nur für ein paar wenige Schmerzkranken geeignet sein. Doch auch bei niederfrequenten Behandlungen im Sitzen sind eine Reihe *behandlungstechnischer Modifikationen* nötig, wie sie detailliert für die Einzeltherapie von SCHORS (1993) und für die Gruppentherapie von EGLE et al. (1992) sowie KUTTER (1993) beschrieben wurden. Insgesamt wird dabei deutlich, daß psychoanalytische Therapieansätze bei Schmerzkranken nicht ohne die Integration von kognitiven Elementen und – z. B. bei Analgetikaabusus – die Berücksichtigung von Mechanismen des operanten Konditionierens auskommen. Diese notwendigen Abstriche von der «reinen Lehre» mögen neben den patientenseitigen Widerständen dazu beigetragen haben, daß bisher auch kaum kontrollierte Therapie-Evaluationstudien mit katamnestischen Nachuntersuchungen bei Schmerzkranken vorliegen (vgl. EGLE u. HOFFMANN, 1989). Die einzig erwähnenswerte wurde von SVEDLUND et al. (1983) an 101 Patienten mit chronischen Bauchschmerzen durchgeführt; sie erbrachte eine gute bis sehr gute Besserungsrate im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Zum Abschluß soll am Beispiel des oben angeführten Patienten der Therapieverlauf im Rahmen einer psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie illustriert werden: Es handelt sich dabei um eine symptomhomogene Therapiegruppe, wobei die Schmerzlokalisation jedoch unterschiedlich war.

Im ersten Jahr der Gruppe verhält sich der Patient sehr zurückgezogen und beteiligt sich kaum am Gruppengeschehen. Nur wenn er von den anderen Gruppenteilnehmern aufgefordert oder vom Gruppenleiter direkt angesprochen wird, äußert er sich – ohne jedoch über sich selbst zu sprechen. Dabei erscheint er trotz eines recht weiten Anfahrtsweges regelmäßig zu den Gruppensitzungen und wirkt auch innerlich beteiligt. Seitens des Gruppentherapeuten wird dies als Reinszenierung verstanden: Der Patient bemüht sich, «das Gesicht zu wahren», nicht negativ aufzufallen, gleichzeitig jedoch seine Lebenssituation nach außen abzu-

schotten. Als einige Gruppenmitglieder am Ende des ersten Jahres der Therapie ihre Skepsis hinsichtlich deren Wirksamkeit äußerten, da ihre Schmerzen nach wie vor unverändert seien, schließt er sich diesen vorsichtig an. Danach kommt es zweimal zu Situationen, daß er kurz vor der nächsten Gruppensitzung den Gruppenleiter anruft, um die Beendigung der Therapie anzukündigen. Es stellt sich heraus, daß er sein Schweigen als Niederlage erlebt, gleichzeitig jedoch nicht glaubt, sich zur Besprechung seiner persönlichen Schwierigkeiten vor der Gruppe überwinden zu können. Das Verständnis des Gruppenleiters in diesen Telefongesprächen für seine Zurückhaltung bei gleichzeitigem Insistieren auf die Fortsetzung der Therapie erlebt er – zumindest nach dem zweiten – als Unterstützung und bringt sich verstärkt selbst ein. Wenig später berichtet er von Situationen, in denen er sich für seinen Sohn eingesetzt hat, dem von Gleichaltrigen übel mitgespielt worden war. Auf diesem Hintergrund sind dann seine Wünsche an und seine Enttäuschungen über den Vater in der Gruppe zu bearbeiten. Er erkennt selbst, wie dies auch in seinem Verhalten gegenüber Vorgesetzten am Arbeitsplatz immer wieder eine Rolle spielt. Daraus resultierend kommt es dann dazu, daß er Konflikte am Arbeitsplatz zunehmend auch austrägt und schließlich auch eine seiner Funktion entsprechende bessere Bezahlung gegenüber dem Arbeitgeber durchsetzen kann. In dem Maße, wie der Patient seine Bedürfnisse sehen, seine aggressiven Anteile akzeptieren kann und nicht immer «sein Gesicht zu wahren» bemüht ist, kommt es zu einer Veränderung in der Gesichtsschmerzsymptomatik: Immer häufiger berichtet er von längeren symptomfreien Intervallen, die er vor der Therapie nicht kannte. Am Ende der Therapie beschreibt er die situativ immer mal wieder auftretenden Gesichtsschmerzen als einen Indikator für Kränkung und Wut, die er sich in der jeweiligen Situationen nicht zugestehen konnte.

## Literatur

- ADLER RH, HEMMELER W: Praxis und Theorie der Anamnese. Der Zugang zu den biologischen, psychischen und sozialen Aspekten des Kranken. G. Fischer, Stuttgart 1986
- ADLER RH, ZLOT S, HÜRN C, MINDER C: Engel's «psychogener Schmerz und der zu Schmerz neigende Patient»: Eine retrospektive, kontrollierte klinische Studie. *Psychother Med Psychol* 39, 209–218, 1989
- AHRENS S, LAMPARTER U: Objektale Funktion des Schmerzes und Depressivität. *Psychother Med Psychol* 39, 219–222, 1989
- ALEXANDER F: Über den Einfluß psychischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen. *Int Z Psychoanal* 21, 189–219, 1935
- BLOCK AR, KREMER EF, GAYLOR M: Behavioral treatment of chronic pain: The spouse as a discriminative cue for pain behavior. *Pain* 9, 243–252, 1980
- EGLE UT: Psychoanalytische Auffassungen von Schmerz. Historische Entwicklung, gegenwärtiger Stand und empirische Belege. *Nervenarzt* 64, 289–302, 1993
- EGLE UT, HOFFMANN SO: Psychotherapie und ihre Wirksamkeit bei chronischen Schmerzzuständen. *Schmerz* 3, 8–21, 1989
- EGLE UT, SCHWAB R, PORSCH U, HOFFMANN SO: Ist eine frühe Differenzierung psychogener von organischen Schmerzpatienten möglich? Literaturübersicht und Ergebnisse einer Screeningstudie. *Nervenarzt* 62, 148–157, 1991 a
- EGLE UT, KISSINGER D, SCHWAB R: Eltern-Kind-Beziehung als Prädisposition für ein psychogenes Schmerzsyndrom im Erwachsenenalter. Eine kontrollierte, retrospektive Studie zu G.L. Engels «pain-proneness». *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 247–256, 1991 b
- EGLE UT, HEUCHER K, HOFFMANN SO, PORSCH U: Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie mit psychogenen Schmerzpatienten. Ein Beitrag zur Behandlungsmethodik. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42, 79–90, 1992
- EISENDRANT SJ, WAY LW, OSTROFF JW, JOHANSON CA: Identification of psychogenic abdominal pain. *Psychosomatics* 27, 705–711, 1986
- ENGEL GL: «Psychogenic» pain and the pain-prone patient. *Amer J Med* 26, 899–918, 1959
- ENGEL GL: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196, 129–136, 1977
- ERMANN M: Die Persönlichkeit bei psychovegetativen Störungen. Klinische und empirische Ergebnisse. Springer, Berlin 1987
- FREUD S: Die Traumdeutung (1900). GW, 2/3. S. Fischer, Frankfurt a. M.
- HIRSCH M: Psychogener Schmerz als Repräsentant des Mutterobjekts. *Psychother Med Psychol* 39, 202–208, 1989
- HOFFMANN SO, EGLE UT: Zum Beitrag von J.J. GROEN über das psychogene Schmerzsyndrom – zugleich ein Plädoyer für die Erweiterung des Konversionsbegriffes. *Psychother Med Psychol* 34, 25–26, 1984
- HOFFMANN SO, EGLE UT: Der psychogen und psychosomatisch Schmerzkranker. Entwurf zu einer psychoanalytisch orientierten Nosologie. *Psychother Med Psychol* 39, 193–201, 1989
- HOFFMANN SO, EGLE UT: Das klinische Bild des Schmerzkranken. In EGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.) *Der Schmerzkranker. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerz-*

- syndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht, S. 136, Schattauer, Stuttgart 1993
- JORES A: Der Kranke mit psychovegetativen Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1973
- KUTTER P: Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie bei Schmerz aus der Sicht des Supervisors. In EGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.) Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht, S. 395, Schattauer, Stuttgart 1993
- LERICHE R: La chirurgie de la douleur. Masson, Paris 1949
- MARBACH JJ: Phantom bite. J Amer Orthodont 70, 190–199, 1976
- MELZACK R: The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods. Pain 1, 277–299, 1975
- MELZACK R, WALL PD: Pain mechanisms: A new theory. Science 150, 971–980, 1965
- MELZACK R, WALL PD: The challenge of pain. Existing discoveries in the new science of pain control. Basic Books, New York, 1983
- NILGES P, BRINKMANN G: Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren bei chronischen Schmerzzuständen. In EGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.) Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht, S. 414, Schattauer, Stuttgart 1993
- SCHORS R: Psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie bei Schmerz. In EGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.) Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht, S. 369, Schattauer, Stuttgart 1993
- SCHWARTZ F, SCHILLER PH: A psychoanalytic model of attention and learning. Psychol Issues, Mon 23, 1970
- SVEDLUND JI, SJÖDIN I, OTTOSON J, DETOVAL G: Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. Lancet II, 589–596, 1983

# G. Erkrankungen des Bewegungsapparates

## G.1 Fibromyalgie

HELLMUTH FREYBERGER, HARALD J. FREYBERGER

### 1. Definition und Symptomatik

Weichteilbeschwerden nehmen in der rheumatologischen Sprechstunde einen breiten Raum ein. Je nachdem ob Muskeln, Sehnen oder Schleimbeutel betroffen sind, wird zwischen Myalgie, Tendomyopathie oder Bursitis unterschieden. Für die Fibromyalgie ist typisch, daß neben den Weichteilbeschwerden auch vegetative Symptome (SAMBORSKI et al., 1991) sowie eine Komorbidität mit bestimmten funktionellen (psycho-)somatischen Störungen vorliegen (Tab. 1). Diese Beschwerden kommen familiär gehäuft vor. Seit der Erstbeschreibung («Fibrositis-Syndrom») der Fibromyalgie durch GOWERS (1904) wurden vielfältige ätiopathogenetische Konzepte eingebracht. Die derzeitigen Arbeitshypothesen zur Ursachenforschung betreffen die Themen Energiekrise im Muskel, erhöhte Sympathikusaktivität, veränderte Schmerzperzeption und -modulation, abnormes Schlafmuster sowie psychische Stressoren.

Die *Leitsymptome* der Fibromyalgie sind Schmerz, diffuse Steifigkeit und vorzeitige Erschöpfbarkeit, die definitionsgemäß mindestens drei Monate andauert haben sollen. Der intensive, muskuloskelettale Schmerz kann sich in jeder Körperregion manifestieren, vor allem an den Muskelansatzpunkten, am häufigsten im Zervikal- und Lumbalbereich. Ferner findet sich eine bevorzugte Lokalisation in der Schultergegend und im Hüftbereich. Diese Schmerzen – oft bereits

*Tabelle 1:* Diagnose des Fibromyalgie-Syndroms

Muskelschmerzen, diffuse Steifigkeit und vorzeitige Erschöpfbarkeit (> drei bis sechs Monate).

Sensitive Stellen («tender points»), an denen forcierter Druck eine heftige Schmerzreaktion auslöst.

Vegetative Symptome: Kalte Akren, Dermographismus, Mundtrockenheit, Hyperhidrosis, orthostatische Beschwerden, Tremor («extra-skelettäres Syndrom»).

Komorbiditäten: Spannungskopfschmerz, Migräne, funktionelle Atmungsstörung, irritables Colon, Reizblase, sogenannte «restless Legs», chronisches Müdigkeitssyndrom, majore Depression, Panikstörung.

morgens als Ruheschmerz mit mehrstündiger Morgensteifigkeit – können verstärkt werden durch intensivere körperliche Aktivität, Schlafdefizit, feucht-kalten Witterungseinfluß und psychische Stressoren. Der Schmerz wird durch Wärme, leichte körperliche Beschäftigung und erholsamen Schlaf gelindert. Bei der anamnestischen Erhebung fällt auf, daß initial dem Vollbild der Fibromyalgie sogenannte «Akutsymptome» (ohne organische Grundlage) vorausgehen können: insbesondere plötzliche Diarrhoen, paroxysmale Tachykardien, mehrtägige Gelenkschwellungen oder anfallsartig auftretende Erschöpfungszustände (BERG et al., 1994).

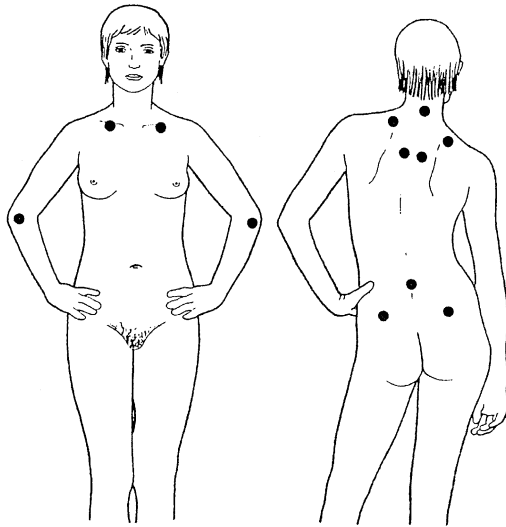


Abbildung 1: Die multiplen fibromyalgischen Druckpunkte: Sogenannte «Tender points» (nach Hartmann et al., 1994).

Die 12 empfohlenen Punkte, die bei Fibromyalgieverdacht auf Druckschmerzhaftigkeit geprüft werden sollen.

Bei der körperlichen Untersuchung finden sich eine starke Druckschmerzhaftigkeit der Haut und ganz bestimmte Schmerzpunkte («tender points», Tab. 1, Abb. 1), die für Fibromyalgiepatienten sehr charakteristisch sind und bei organisch begründetem Rheumatismus nicht vorkommen. Deren pathophysiologische Erklärung steht allerdings noch aus.

Die von FASSBENDER (1973) bei Fibromyalgiepatienten objektivierten, minimalen Strukturveränderungen im Bereich von Sehnen, Muskulatur, Bändern oder Periost konnten pathologisch-anatomisch noch nicht eindeutig zugeordnet werden. ALFICI et al. (1989) sehen in diesen Mikroalterationen eine Folge von psychischem Stress, da hierdurch über längere Zeiträume ein gesteigerter Muskeltonus hervorgerufen wird. Die Fibromyalgie wird auch als *primäres Fibromyalgie-Syndrom* bezeichnet und von der sekundären Verlaufsform abgegrenzt, die ein Begleitsymptom bestimmter organischer Zustandsbilder darstellen kann (z. B. nach traumatischer Einwirkung, bei rheumatoider Arthritis, im Anschluß an Virusinfektionen, als Arzneimittelnebenwirkung).

## 2. Epidemiologie, Verlauf, Prognose

Die Fibromyalgie wird im Arbeitsbereich des Allgemeinarztes und der internistisch-rheumatologischen Praxis bei etwa 2 bis 5 Prozent der Patienten diagnostiziert (QUITNER, 1992). In einer rheumatologischen Universitäts-Poliklinik betrug der Anteil der Fibromyalgiepatienten bei jährlich rund 1800 Patienten 3 Prozent (HUG et al., 1990). 80 bis 90 Prozent der Patienten sind Frauen, ohne daß für diese auffallende Geschlechtsdominanz bisher plausible Gründe gefunden wurden. Es sind alle Altersklassen betroffen; im Durchschnitt ist der Beginn um das 35. Lebensjahr, der Häufigkeitsgipfel liegt bei 50 Jahren. Die Fibromyalgie erstreckt sich über Jahre: Etwa 30 Prozent der Patienten sind gezwungen, ihren Beruf zu wechseln; weitere 10 Prozent geben an, erwerbsunfähig zu sein; 6 Prozent sind frühberentet. Ausgehend von der beschriebenen Komorbidität kann bei Fibromyalgiepatienten auch ein vorübergehender oder länger hingezogener Symptomenwandel zutage treten: weitgehender Rückgang der Muskelschmerzen und stattdessen Colon-irritable-Symptome oder ausgeprägte Depressionen (Tab. 1). Ferner kann bei Vorherrschen von Leistungsabfall und Schlafstörungen schließlich das Symptombild des chronischen Müdigkeitssyndroms manifest werden, das auch bevorzugt mit Muskel- und Gelenkschmerzen einhergeht.

Die Prognose ist relativ ungünstig. LAPOSSY et al. (1993) verfolgten deren Langzeitverlauf über mindestens zehn Jahre und fanden, daß 66 Prozent der 50 nachkontrollierten Patienten auch noch nach diesem langen Zeitraum das Vollbild der Fibromyalgie zeigten. Bei den verbleibenden 34 Prozent der Patienten lag das Vollbild nicht mehr vor, jedoch waren noch erhöhte Schmerzscores nachweisbar. Lediglich bei von vornherein milden Verläufen wurden komplette Remissionen beobachtet (GRANGES et al., 1994).

EICH (1993) wies darauf hin, daß bei der Mehrzahl der Patienten die Fibromyalgie erst sehr spät diagnostiziert werde, weil dieses Krankheitsbild noch zu wenig bekannt sei. Infolge dieser späten Diagnosenstellung wären die Patienten jahrelang stark verunsichert wor-



den. Diese frustrierenden Erfahrungen würden in beeindruckender Weise angesichts des schließlich kompetent behandelnden Allgemeinmediziners oder Internisten kundgetan. Deshalb besteht nach EICH die erste therapeutische Maßnahme darin, dem Fibromyalgiepatienten die korrekte rheumatologische Diagnose mitzuteilen und ihn über den zugehörigen Sachverhalt sehr genau aufzuklären. Allerdings äußerte EICH einschränkend, daß diese Aufklärung nicht immer wirksam sei.

### 3. Psychopathologie und Psychodynamik

Im psychodynamischen Erstinterview dominiert bei den Patienten das Phänomen der *Einschränkung des aggressiven Bewältigungsvermögens*. Eine weder verbal noch durch muskuläre Aktivität abführbare Aggressivität kann sich gleichermaßen in Angst und Depression sowie in gesteigertem Muskeltonus niederschlagen. Nicht nur die aggressiven, sondern auch die Zuwendungswünsche sind bei Fibromyalgiepatienten gehemmt, was sich vor allem in der Interaktion zum Arzt widerspiegelt. Die Patienten wirken oft wenig sprachfähig, kaum introspektiv, aber hypochondrisch-klagsam und ängstlich-depressiv. Die letztere Symptomatik ist auch als krankheitsreaktiv auf die starken Schmerzen zu verstehen. Diese psychopathologischen Befunde korrespondieren weitgehend mit den von EGLE et al. (1989) bei Fibromyalgiepatienten empirisch ermittelten Ergebnissen: erhöhte Skalenwerte für emotionale Beziehungsleere, betonte soziale Anpassung, Aggressionsunfähigkeit, Hypochondrie, Regression und Abwehr sexueller Empfindungen. Von den Autoren werden Fibromyalgiepatienten dem psychogenen Schmerzsyndrom zugeordnet; Patienten mit derartigen Schmerzzuständen weisen dieselben Persönlichkeitsmerkmale auf. Diese Befunde wurden im wesentlichen durch ALFICI et al. (1989) bestätigt. Die Autoren verglichen Fibromyalgiepatienten mit solchen mit rheumatoider Arthritis und fanden bei jenen »stärker ausgebildete Depressivität«, »Abhängigkeit und Passivität«, »deutliche hypochondrische Präokkupation« sowie

»sehr starke Verleugnungstendenz hinsichtlich der Möglichkeit eines Vorliegens von Konflikten bis hin zur Neigung betonter Idealisierung der Familienbeziehungen«. Der Eindruck, daß Fibromyalgiepatienten den Schmerz als psychosomatisches Symptom »geradezu wählen«, kann nach ALFICI et al. damit zusammenhängen, daß auch deren Familienangehörige gehäuft an nichtorganisch begründbaren Schmerzen leiden. Anhand ihrer Vergleichsuntersuchungen folgerten ALFICI et al. abschließend, daß bei Fibromyalgiepatienten eine »Konfliktlösung über die Fibromyalgie die primäre Rolle spielt«, während im Falle der rheumatoiden Arthritis der Schmerz somatisch bedingt sei, durch psychosomatische Faktoren aber eine zusätzliche Akzentuierung erfahren könne.

RÜGER et al. (1994) stellten aufgrund einer empirischen Studie bei fast zwei Dritteln ihrer 74 Fibromyalgiepatienten eine eindeutig zu diagnostizierende seelische Störung fest. Diese umfaßte – nach Abzug der krankheitsreaktiven psychischen Veränderungen – überwiegend depressive, Angst- und Somatisierungsstörungen. Ferner fanden sich biographisch bei diesen Patienten in der Kindheit ungünstige Entwicklungsbedingungen und Risikofaktoren, die für psychische Erkrankungen mitbestimmend sein können. Hierzu wurden die Bereiche »finanzielle Situation« (»kärglich«), »Wohnsituation« (»beengt«), »Atmosphäre« (»belastend«) und »Beziehung« (»wechselnd gestört«) nach der Anamnese vom Untersucher beurteilt. Schließlich ließen sich bei Fibromyalgiepatienten auch psychodynamisch lebensbestimmende Konflikte mit ganz verschiedenartigen Mustern aufzeigen; es waren alle operationalisierten Konflikte vertreten. In der Sicht von RÜGER et al. ist das Fibromyalgie-Syndrom »als letzte Endstrecke von außerordentlich unterschiedlichen, vorangehenden Entwicklungen im biologischen, psychologischen und sozialen Bereich anzusehen«.

### 4. Psychotherapie

Psychotherapeutische Überlegungen haben davon auszugehen, daß die *Motivation* bei der

Mehrzahl der Fibromyalgiepatienten wegen ihrer eingeschränkten Introspektions- und Selbstreflektionsfähigkeit *gering* ist. Diese Patienten sind im besonderen Ausmaß von einer ausschließlich organischen Verursachung ihrer Beschwerden überzeugt (s. Kap. IV.F). Deshalb steht das ärztliche Bemühen im Vordergrund, die Patienten für eine psychodynamisch orientierte Psychotherapie zu motivieren, wenn bei ihnen eine psychosomatische (Mit-)Genese der Beschwerden zu vermuten ist.

#### 4.1 Psychosomatische Grundversorgung

Fibromyalgiepatienten suchen extrem selten primär Fachpsychotherapeuten auf, sondern stellen sich ratsuchend hauptsächlich bei niedergelassenen Ärzten und in nicht-psychosomatischen Polikliniken vor. Deshalb werden vor allem diese beiden ärztlichen Bereiche damit konfrontiert, in das Untersuchungsprogramm des Patienten ergänzend auch einen Dialog einzubringen, der nicht nur mögliche psychologische Faktoren des Schmerzsyndroms umfaßt, sondern auch die *Motivierung für Psychotherapie* bzw. die Überweisung zum Fachpsychotherapeuten betrifft. Dieser Konfrontation sollten aber zunächst *vier Interventionsschritte* vorausgehen (Tab. 2). Entsprechend den Arbeitserfahrungen von EICH (1991) ist es notwendig, dem Patienten die Diagnose «Fibromyalgie» genau zu erklären und ihm ursächliche Hintergründe eingehend verständlich zu machen. Auch hat der Arzt dem Patienten zu ermöglichen, sich über seine körperlichen Beschwerden sowie jene Ängste und depressiven Gefühle auszusprechen, die sekundär-psychisch infolge der Beschwerdewahrnehmung entstanden sind. Diese Möglichkeit des Sich-Aussprechenkönnens stellt für den Fibromyalgiepatienten eine große seelische Entlastung dar. Der Patient fühlt sich sehr ernstgenommen, wenn jene krankheitsreaktive Ebene fokussiert wird, die derzeit sein Erleben beherrscht. Ein nicht kleiner Teil der Patienten mußte nämlich anlässlich vorausgegangener Sprechstundenbesuche die Erfahrung machen, daß sich der Arzt nach einer kurzen Untersuchung abschließend auf die

Tabelle 2: Psychosomatische Grundversorgung bei Fibromyalgie.

|   |  |
|---|--|
| 1. Genaue Erkennung der Symptome<br>2. Sich-Aussprechenkönnen<br>3. Information zur Realität des Schmerzes<br>4. Verdeutlichung der Ausschlußdiagnostik-Daten |  |
| ↓   |  |
| Versuch der Motivation für Psychodynamische Therapie  |  |
| ↓   | ↓  |
| Positive Motivation<br>Überweisung zum<br>Fachpsychotherapeuten   | Fehlende Motivation<br>↓<br>1. Supportive<br>Langzeittherapie<br>2. Antidepressiva<br>3. Physikalische<br>Behandlung<br>4. Analgetische<br>Elektrotherapie |

lapidare Bemerkung beschränkt hatte: «Sie brauchen sich keine Sorge zu machen, alles ist O. K.». Dieser nichtssagende Abschlußkommentar löste für die Patienten das Gefühl eines Nicht-Verstandenwordenseins aus, da sie vorher unter einem starken Leidensdruck gestanden und eigentlich konkretere, hilfebringende ärztliche Interventionen, insbesondere ein ausführliches Gespräch, erwartet hatten. Nach solchen frustrierenden arztbezogenen Kontakten setzt sich beim Patienten häufig die Vorstellung durch, daß seine Schmerzen auf sogenannter «Einbildung» (bis hin zur Idee, ein «Simulant» zu sein) beruhen, «weil ja nichts Organisches gefunden worden war». Deshalb ist es ferner wichtig, dem Fibromyalgiepatienten nachdrücklich mitzuteilen, daß seine Schmerzen nicht «eingebildet» sind, sondern genauso real vorhanden wie organisch bedingte Schmerzempfindungen. Schließlich kann sich der Fibromyalgiepatient sehr entlastet fühlen, wenn ihm die Befunde der somatischen Ausschlußdiagnostik so plastisch und verständlich veranschaulicht werden, daß bei ihm keine organischen Mitbedingungen seiner Schmerzen vorliegen (auch wenn solche ärztlichen Versicherungen nicht immer nutzen). Hierdurch besteht die Möglichkeit, emotionalen Fixierungen des Patienten an imaginierte organische Substrate vorzubeugen. Jetzt kann sich der Patient dafür interessieren, ob Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwer-

den und seelischen Auslösesituationen bestehen und bereit sein, hierüber zusammen mit dem Arzt zu reflektieren. Nun kann der Dialog im Sinne der *Motivationsarbeit* für psychodynamische Psychotherapie eröffnet werden, die nach unserer Arbeitserfahrung gerade bei Fibromyalgiepatienten unter Umständen durch die ein- bis zweimalige Hinzuziehung von Partnern bzw. Familienmitgliedern gefördert wird (s. Kap. III.F). Diese Motivationsarbeit kann entweder vom Primärarzt oder aber vom Fachpsychotherapeuten geleistet werden. Im Falle der Überweisung zum Fachpsychotherapeuten muß der Patient zuvor von seinem Primärarzt überzeugend erfahren haben, daß dieser die psychosomatische Konsiliaruntersuchung nicht nur als eine bloße diagnostische Routinemaßnahme, sondern auch als ein wichtiges, unverzichtbares Therapieanliegen betrachtet; ferner sollte der äußere Kontext des dortigen Settings genauer erklärt werden. Damit wird verhindert, daß der Patient dem nachfolgenden psychodynamischen Erstinterview hilf- und ratlos gegenübersteht und sich deshalb angesichts des psychosomatischen Untersuchers verunsichert fühlt.

Die Motivierung für Psychotherapie mißlingt bei jenen Fibromyalgiepatienten, deren Introspektions- und Selbstreflektionsvermögen so gering ausgebildet ist, daß sie das motivationale Anliegen des Arztes nicht verstehen können. Diese Patienten zeigen eine ausgeprägte Hypochondrie, die ihnen ermöglicht, Konflikte, Angst, Depressivität und Kränkungen so weitgehend zu verleugnen, daß seelische Probleme nicht mehr wahrgenommen werden. Nun sehen wir einen Patienten, dessen zentrales Erleben seine Schmerzen sind. Hierauf bezieht er auch einseitig seinen Leidensdruck, der meistens andauernd und beträchtlich ist. Für den weiteren Umgang kann die Indikation zur supportiven Langzeitpsychotherapie (s. Kap. III.F) vorliegen. Auch empfehlen wir probatorisch Gaben von Antidepressiva, während Tranquilizer zwar deutlichere psychopharmakotherapeutische Effekte zeigen, sich aber wegen der Abhängigkeitsgefahr verbieten. Schließlich kann für gezielte körperorientierte Interventionen im Sinne der physikalischen Behandlung (insbesondere

Krankengymnastik und Massagen) sowie analgetische Elektrotherapie die Indikation gegeben sein, wenn der Patient zur aktiven Mitarbeit bereit ist.

## 4.2 Weiterführende Psychotherapie

Bezüglich jener Patienten, die schließlich für psychodynamische Therapie motiviert werden können, empfehlen ECKER-EGLE et al. (1993) die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), antidepressive und physikalische Therapie in Kombination mit einer speziell für chronische Schmerzpatienten entwickelten psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie. Hinsichtlich dieses mehrdimensional orientierten Behandlungsverfahrens liegen noch keine empirischen Ergebnisse vor.

## Literatur

- ALFICI S, SIGAL M, LANDAU M: Primary fibromyalgia syndrome, a variant of depressive disorder? *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 156–161, 1989
- BERG PA, KLEIN R: Fibromyalgie-Syndrom. *Dt Med Wschr* 119, 429–435, 1994
- ECKER-EGLE ML, EGGLE UT: Primäre Fibromyalgie. In: EGGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.): *Der Schmerzranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*, S.530, Schattauer, Stuttgart 1993
- EGGLE UT, RUDOLF ML, HOFFMANN SO, KÖNIG K, SCHÄFER M, SCHWAB R, VON WILMOWKY H: Persönlichkeitsmerkmale, Abwehrverhalten und Krankheitserleben bei Patienten mit primärer Fibromyalgie. *Z Rheumatol* 48, 73–78, 1989
- EICH W: Allgemeinmaßnahmen und spezifische Situationsanalyse bei der generalisierten Tendomyopathie. In MÜLLER W (Hrsg.) *Generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie)*, S.261, Steinkopff, Darmstadt 1991
- FASSBENDER HG: Pathologie des Weichteilrheumatismus. *Ärztl Praxis* 51, 2497–2501, 1973
- GOWERS WR: Lumbago. Its lessons and analogues. *Brit Med J* 1, 1405–1407, 1904
- GRANGES G, ZILKO P, LITTLEJOHN GO: Fibromyalgia syndrome: Assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatol* 21, 523–529, 1994

- HARTMANN F, ZEIDLER H: Erkrankungen der Gelenke und der Wirbelsäule. In GROSS R, SCHÖLMEICH P, GEROK W (Hrsg.) Die Innere Medizin, 8. Aufl., S. 820, Schattauer, Stuttgart, 1994
- HUG Ch, GERBER NJ: Fibromyalgiesyndrom, oft verkannte Realität. Schweiz Med Wschr 120, 395–401, 1990
- LAPOSSY E, MALEITZKE R, HRYCAI P, MENNET P, MÜLLER W: Der Langzeitverlauf der generalisierten Tendomyopathie (Fibromyalgie), eine retrospektive Untersuchung. Akt Rheumatol 18, 93–98, 1993
- QUITNER J: Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. Lancet 340, 1103–1111, 1992
- RÜGER U, SCHÜSSLER G: Psychosomatische Aspekte und Ergebnisse zur rheumatischen Arthritis und Fibromyalgie. Z Psychosom Med Psychoanal 40, 288–304, 1994
- SAMBORSKI W, STRATZ T, KRETZMANN WM, MENNET H, MÜLLER W: Vergleichende Untersuchungen über das Vorkommen vegetativer und funktioneller Beschwerden bei Lumbalgien und generalisierten Tendomyopathien. Z Rheumatol 50, 378–381, 1991

## G.2 Lumbago-Ischialgie-Syndrome

ULRICH SCHULTZ-VENRATH

### 1. Definition und Symptomatik

Als *Lumbago* (Lendenschmerz) bezeichnet man einen heftigen, meist ziehenden Schmerz, der plötzlich beim Bücken, Heben und Aufrichten oder bei Körperdrehung im Lumbalbereich auftritt und nicht selten mit einem paravertebralen Hartspann einhergeht. In der Mehrzahl der Fälle ist kein äußerer Anlaß zu eruieren. Zu einer Lumbago können verschiedenste pathophysiologische Mechanismen führen, wobei die diskogenen am bekanntesten sind, obwohl sie ätiopathogenetisch vermutlich von weit geringerer Bedeutung sind als angenommen. Zwei diskogene Mechanismen gelten heute als anerkannt: die interne Bandscheiben-Ruptur, d. h. ein «*dérangement interne*» mit einer vom hinteren Längsband abgefangenen Protrusion der Bandscheibe bei noch intaktem äußeren Faserring, sowie die totale Ruptur des Anulus fibrosus, der nerval innerviert ist, mit Ausstoßung von Nucleus-pulposus-Material. Nach diskographischen Untersuchungen sind auch schmerzlose Rupturen anzunehmen, wobei vermutet wird, daß es sich um autoreparativ verheilte Rupturen handelt.

Die von Ärzten wie Patienten gleichermaßen häufig geäußerte Krankheitstheorie, es sei «die Bandscheibe», ist zu relativieren, weil epidemiologische Studien zur klinischen Häufigkeit, zur Verteilung und zur Differen-

zierung einer Lumbago mit somatogener, psychosomatischer und psychogener Ätiologie weitgehend fehlen. Bei welcher der drei Gruppen ein paravertebraler Hartspann häufiger auftritt, der sowohl Folge einer Wurzelkompression als auch somatisches Äquivalent eines Affekts sein kann, ist unbekannt. Eine Lumbago wird von einer langsam einsetzenden und persistierenden *Lumbalgie* unterschieden.

Unter *Lumboischialgie* («Wurzelreizsyndrom») versteht man einen akuten oder chronischen, meist ziehenden Schmerz, der – unter Abnahme der lumbalen Beschwerden – ins Bein, je nach betroffener Wurzel in die Dorsal-, Lateral- oder Ventralseite ausstrahlt und beim Pressen oder Husten zunimmt. Neben einem positiven Lasègue sollte sich eine Druckdolenz sowohl im Lumbalbereich als auch über den Valleix-Punkten finden. Bei hinzutretenden neurologischen Ausfällen spricht man von «Wurzelkompressionssyndrom».

Dieses ist entsprechend der anatomischen Besonderheit des lumbosakralen Übergangs in über 90 Prozent in Höhe der Wurzeln L4, L5 und S1, einzeln oder gemeinsam, lokalisiert. Das lumbale Wurzelsyndrom gilt als Hinweis auf eine Ruptur des Anulus fibrosus, wobei sich Diskusgewebe durch die paramediane, kaudal sich verbreiternde Längsbandlücke nach dorsolateral in Richtung Spinalwurzel verlagert. Dabei scheint eine neurotoxische Wirkung nukleären Materials mit veränderter radikulärer Mikrozirkulation und intraneuralem Ödem, das seinerseits die Entwicklung einer intra- und extraneuralen Fibrose be-

günstigt, bedeutsamer als eine mechanische Wurzelkompression, die für sich allein nicht mit einem Schmerzsyndrom einhergeht (RYDEVIK et al., 1984; OLMARKER et al., 1993). Beobachtungen einer Nervenwurzel-Schwellung in der Akutphase bandscheibenbedingter Kompressionssyndrome unterstützen diese Theorie (SCHULTZ et al., 1988).

Häufig geht den ersten Schmerzattacken eine längere Phase milder lumbaler Beschwerden voraus, wie z. B. eine gelegentliche morgendliche Steifigkeit, die nach Bewegung abnimmt, eine zeitweilige «Müdigkeit», Spannung oder ein Schwächegefühl im Rücken und in den Beinen. Diese *Prodromi* werden im Angelsächsischen als low back insufficiency bezeichnet. Die prognostische Bedeutung der Prodromi und insbesondere der Einfluß der unterschiedlichen Selbstwahrnehmung ist noch unklar. Vermutlich liegen ihnen anhaltende Muskelverspannungen zugrunde, die bisher als Antwort auf eine Fehlhaltung und -belastung der Wirbelsäule oder als erste Gefügestörungen im Inneren der Bandscheibe angesehen wurden. Denkbar ist aber auch, daß sie einem Somatisierungsäquivalent im Sinne einer prothetischen Funktion als archaischen Reizschutz vor äußeren oder inneren unerträglichen Gefühlen entsprechen.

Da eine Lumbago oder Lumboischialgie noch keine Diagnose, sondern «nur» ein Syn-

drom darstellt, sollte der Begriff «Lumbago-Ischialgie-Syndrom» (LIS) bevorzugt werden. Der Anteil *idiopathischer* oder *unspezifischer* LIS schwankt in der Literatur zwischen 33 bis 85 Prozent. Er ist umso niedriger, je ausführlicher eine biopsychosoziale Anamnese und je sorgfältiger eine neurologische Untersuchung betrieben wurde, die durch eine orthopädische Untersuchung gelegentlich ergänzt werden muß. Allein das Spektrum somatischer Ätiologien ist außerordentlich groß. Apparative Zusatzuntersuchungen, etwa eine Kernspintomographie (MRT), sind ausschließlich zur Klärung seltener LIS-Ätiologien (z. B. einer Diszitis) hilfreich.

## 2. Epidemiologie und Verlauf

Rückenschmerzen (RS) und LIS sind das häufigste Schmerz-Syndrom (RASPE u. KOHLMANN, 1993): Die Frage «Haben Sie heute Rückenschmerzen?» (Punkt-Prävalenz) beantworteten 40 Prozent einer in drei deutschen Städten durchgeführten Befragung positiv; diese Daten spiegeln sich in der Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle, der Krankenhausfälle, der stationären medizinischen

*Tabelle 1:* Lumbago-Ischialgie-Syndrome (ICD-9: 720–724) im Spiegel des deutschen Gesundheitswesens (RASPE u. KOHLMANN, 1993).

|  | Jahr |            |      | Rang |
|--|------|------------|------|------|
| <i>Arbeitsunfähigkeitsfälle</i>                      |      | Männer:    | 1679 | 1    |
| je 10000 Pflichtmitglieder (ohne Rentner)            | 1989 | Frauen:    | 1082 | 3    |
| in der gesetzlichen Krankenversicherung <sup>1</sup> |      |            |      |      |
| <i>Krankenhaus-Fälle</i>                             |      | Männer     | 42   | 2    |
| je 10000 Pflichtmitglieder in der gesetzlichen       | 1989 | u. Frauen: |      |      |
| Krankenversicherung                                  |      |            |      |      |
| <i>Stationäre medizinische Heilbehandlungen</i>      |      |            |      |      |
| in der gesetzlichen Rentenversicherung <sup>2</sup>  | 1990 | Männer:    | 108  | 1    |
|  |      | Frauen:    | 110  | 1    |
| <i>Frührenten</i>                                    |      |            |      |      |
| wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit                 | 1990 | Männer:    | 18   | 1    |
| in der gesetzlichen Rentenversicherung je            |      | Frauen:    | 13   | 1    |
| 10000 Pflichtmitglieder <sup>3</sup>                 |      |            |      |      |

<sup>1</sup> Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1991

<sup>2</sup> VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1990

<sup>3</sup> Mitglieder mit Pflichtbeiträgen am Stichtag (Statistisches Jahrbuch 1992)

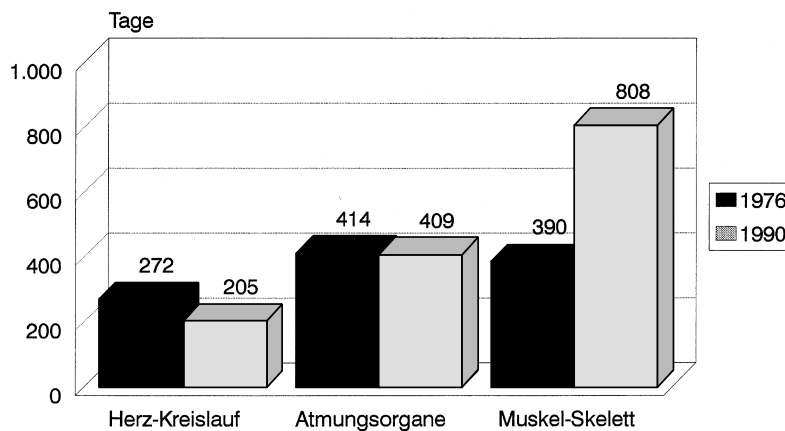


Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitstage auf 100 männliche Pflichtversicherte  
Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Tabelle 2: Prävalenzen verschiedener Lumbal-(LS)- und Lumbago-Ischialgie-Syndrom-(LIS)-Subgruppen.

| LS-/LIS-Subgruppe                  | Prävalenz                       | (%)   | Autoren                |
|------------------------------------|---------------------------------|-------|------------------------|
| LS aller Art                       | Kumulative Lebenszeit-Prävalenz | 65–80 | DEYO et al. (1990)     |
| LS > zwei Wochen                   | Jahres-Prävalenz                | 14    | DEYO u. TSUI-WU (1987) |
| LIS > zwei Wochen                  | „                               | 1,6   | DEYO u. TSUI-WU (1987) |
| WKS <sup>1</sup> bei Diskusprolaps | „                               | 1     | FRYMOYER et al. (1983) |
| Cauda-equina-Syndrom               | „                               | 0,03  | SANGFORT (1972)        |

<sup>1</sup> WKS = Wurzelkompressionssyndrom

Heilbehandlungen und der Frührenten (vgl. Tab. 1). Da Epidemiologen über keine positiven Kriterien für psychogene LIS verfügen, kommen sie zu dem Schluß, daß in 70 Prozent der befragten Teilnehmer «unspezifische» Ätiologien anzunehmen sind. Insofern scheinen RS heute eine leicht mitteilbare und sozial akzeptable Etikette körperlicher wie psychischer Erkrankungen geworden zu sein.

Dies spiegelt sich auch darin wieder, daß *LIS-bedingte Arbeitsunfähigkeitsfälle* (im Berichtswesen der Versicherer unter muskuloskelettale Erkrankungen aufgeführt) im Vergleich zu Erkrankungen des «Herz-Kreislaufs» und der «Atmungsorgane» trotz zunehmend leichter Arbeit und kürzerer Arbeitszeit allein für die männlichen Pflichtversicherten des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (1991) zwischen 1976 und 1990 auf das Doppelte anstiegen (vgl. Abb. 1). Entgegen allgemeiner Auffassung sind bandscheibenbedingte LIS eine Rarität: Obwohl die Lebenszeit-Prävalenz für eine Ischialgie 40 Prozent beträgt, entwickeln nur 1 Prozent aller akuten Lumbago-Patienten ein Wurzelkompressionssyndrom (FRYMOYER et al., 1983).

Während 65 Prozent bis 80 Prozent der Bevölkerung irgendwann einmal im Leben einen RS verspürt, ist die Prävalenz eines LIS – je nach neurologischem Befund und zeitlichem Verlauf – sehr verschieden (vgl. Tab. 2). Mehr als die Hälfte der Bevölkerung verspürt einmal im Jahr einen akuten lumbalen Schmerz, ohne einen Arzt aufzusuchen oder sich arbeitsunfähig zu melden. Unabhängig von der Art der Behandlung sind 70 bis 90 Prozent der Lumbago- und 50 Prozent der Ischialgie-Patienten nach zwei Monaten beschwerdefrei. 67 bis 90 Prozent der LIS-Patienten müssen jedoch mit Rezidiven rechnen, so daß die Prognose nicht so günstig ist, wie oft behauptet wird.

Die Angaben zur Häufigkeit chronischer LIS sind unsicherer, da die LIS-Verlaufstypen bisher nicht einheitlich definiert sind. Aus der Studie des National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) ist zu entnehmen, daß nur 13,8 Prozent der LIS-Patienten über zwei Wochen anhaltende Beschwerden haben und nicht mehr als 7 Prozent einen chronischen Schmerzverlauf aufweisen. Letztere verursachen jedoch mehr als 80 Prozent der Kosten hinsichtlich *Berentung* und *Verlust von Arbeitstagen* (REPORT, 1987). Parallel zur

Zunahme der operativen LIS-Behandlung – in den USA werden mehr als 200 000 Patienten pro Jahr an der Bandscheibe operiert – stieg die Zahl der Invaliden 14 mal schneller als die Gesamtbevölkerung (MOONEY, 1987). Nur etwa die Hälfte der Patienten, die länger als sechs Monate an RS leiden, kehrt an ihren Arbeitsplatz zurück. Bis heute fehlen systematische epidemiologische Studien zur Taxonomie von LIS-Subgruppen ebenso wie die Berücksichtigung transkultureller Unterschiede.

Epidemiologische Studien konnten als Risikofaktoren für das Auftreten von RS neben niedrigem sozialen Status und einfachem Bildungsniveau regelmäßigen Nikotinkonsum, Übergewicht und dauerhafte Vibrationsexposition identifizieren.

### 3. Psychosomatische Aspekte

Während die Integration der Psychosomatik in die Medizin immer wieder in Frage gestellt ist, finden sich umgangssprachlich zahlreiche Redewendungen, die der symbolischen Bedeutung des Rückens und der Lumbalregion Ausdruck verleihen: «Rückgrat raus!» (zur Betonung der aufrechten Haltung), «Rückgrat haben», «einen breiten Rücken haben» (als Verkörperlichung von Selbst-Behauptung), «mit dem Rücken zur Wand», «dem wurde das Kreuz gebrochen» (als Bedrohung des Selbst) oder «katzbuckeln» (als übertrieben opportunistische Anpassung). Der Rücken als Projektionsfläche findet sprachlich seinen Ausdruck auch im Angelsächsischen; dort lautet das Idiom für Diffamierung back-biting («in-den-Rücken-beißen»). Im Deutschen weist der «Hexen»- oder «Elbenschuß» (altengl.: heagtessan bzw. ylfsa gescot) auf eine von außen kommende Verursachung hin. Aus phylo- und ontogenetischer Sicht ist von Bedeutung, daß der lumbosakrale Übergang in der menschlichen Entwicklung die «Nahtstelle» der Aufrichtung aus dem Vierfüßlergang war (und ist), eine für das Selbstwertgefühl entscheidend besetzte anatomische Region.

#### 3.1 Methodische Probleme

Die heute noch vorherrschende somatisch ausgerichtete Perspektive läßt psychogene und/oder psychosomatische Ätiologien, wenn überhaupt, erst an letzter Stelle aller Differen-

tialdiagnosen in Erwägung ziehen (SCHULTZ-VENRATH, 1993), obwohl diese Gruppe im klinischen Alltag den größten Anteil ausmachen dürfte. Aus vermeintlicher Sorge vor einer Stigmatisierung der Patienten wird nicht nur die Früherkennung einer psychosomatischen Problematik abgelehnt; vielmehr wird die kleinere Gefahr des Übersehens organischer Ursachen dramatisch betont, während die große Gefahr, daß *psychogene* oder *funktionelle* LIS durch aufwendige, vom Problem ablenkende Untersuchungen über eine somatische oder apparatemedizinische «Fixierung» *chronifizieren*, noch immer als Kavaliersdelikt angesehen wird.

Die «Dynastie des Diskus» (ALLAN u. WADDELL, 1989), die der Bandscheibe bisher die Mehrzahl verschiedenster LIS paradigmatisch zuschrieb, verhinderte bisher eine klinisch orientierte Differenzierung in verschiedene LIS-Subgruppen. Die Entwicklung der bildgebenden Verfahren (Röntgen, Myelographie, Computertomographie (CT) und MRT) begünstigte die Diagnostik einer zunehmenden Zahl von degenerativen Veränderungen. Erst in letzter Zeit wird mehr und mehr akzeptiert, daß diese häufiger als zunächst vermutet asymptomatisch sind. Dennoch blieb man dem klassisch-linearen, biomechanischen Pathologie-Modell treu, indem man eine Zunahme von Beschwerden auf eine Zunahme degenerativer Phänomene bezog, die sich im fünften Lebensjahrzehnt bei 70 Prozent der Bevölkerung eruieren lassen.

Hinsichtlich des Modells der Bandscheibendegeneration ist zu bedenken, daß bei 50 Prozent der über 40jährigen mittels CT (WIESEL et al., 1984), bei 30 Prozent der über 60jährigen mittels MRT ein asymptomatischer Diskusvorfall gefunden wird (BODEN et al., 1990). Menschen, die noch nie über RS klagten, weisen in über der Hälfte der Fälle und deutlich altersabhängig ein «bulging disc»-Phänomen (eine symmetrische Umfangsausdehnung der Bandscheibe über den Rand eines Zwischenwirbelkörpers) auf, in 27 Prozent findet sich eine Protrusion und 1 Prozent zeigt im MRT einen Prolaps (JENSEN et al., 1994). Folglich wird in einer unbekannten Zahl von Fällen ein LIS fälschlich einem Diskusvorfall zugeordnet. Die Unterbewertung der Anamnese und die gleichzeitige Überbewertung des Degenerations-Modells sowie der bildgebenden Verfahren führen darüber hinaus zu einer oft zu großzügigen Indikation



für eine Röntgenaufnahme, Myelographie, CT oder MRT. In einer Art Circulus vitiosus wird dadurch erneut die Entdeckung klinisch nicht relevanter radiologischer und anatomischer Anomalien begünstigt, ohne daß sich dadurch ein LIS befriedigender erklären läßt. Das Bandscheiben-Paradigma hat zudem zur Folge, daß

1. andere – insbesondere psychogene – Ätiologien aus dem Blickfeld geraten,
2. ein LIS, insbesondere wenn es persistierte, als überwiegend operativ behandelbare Erkrankung angesehen wird, und
3. die volkswirtschaftlichen Kosten steil progressieren (in den USA 1988 auf \$ 17,9 Milliarden) ansteigen (DEYO et al., 1991).

Das Abrücken vom Bandscheiben-Paradigma erfordert eine sorgfältige Differenzierung in ein somatogenes, psychosomatisches oder gar psychogenes LIS. Die in epidemiologischen Studien geübte Praxis, ein LIS, dessen Ätiopathogenese nicht sicher identifiziert werden kann, als «unspezifisch» zu klassifizieren, ist für Kliniker sehr unbefriedigend, weil sich daraus keine ärztliche Handlungsanweisung ergibt. Darüber hinaus stellt sich das Problem, nach welchem diagnostischen Aufwand man die Diagnose eines unspezifischen LIS eigentlich stellen darf.

Ein besonderes methodisches Problem steckt in der Nomenklatur für psychogene LIS, die sich unter dem Begriff der Fibromyalgie (vgl. Kap. IV.G1) ebenso wie unter dem Begriff des Chronic-fatigue-Syndromes verstecken (vgl. Kap. IV.P), ohne daß der affektiv-vegetative Schmerzmodus oder die Angststörung erfaßt ist.

### 3.2 Psychogene LIS-Subgruppen

Es ist ein noch wenig berücksichtigtes historisches Phänomen, daß in den letzten 100 Jahren immer wieder epidemieartig verschiedene psychogene LIS aufgetreten waren, die schnell in Vergessenheit gerieten. Erstmals wurden «obskure» therapieresistente Rückenschmerzen nach Unfällen beim Eisenbahnbau von 1860 bis 1900 erwähnt, die als «railroad»- oder «railway-spine»-Syndrom (ERICHSEN, 1866) schließlich den sogenannten traumatischen Neurosen zugeordnet werden. Wenig später kommt es im Ersten und Zweiten Weltkrieg zum epidemieartigen Auftreten von chronischen Kreuzschmerzen als sogenannte

Kriegsneurose, die mit der bizarren Besonderheit einer steifen Verkrümmung und Vornüberneigung des Rückens einhergehen und sich als therapieresistent erweisen, obwohl diese «Deformität» im Bett bei Rückenlage aufgegeben werden kann (SCHULTZ-VENRATH, 1993). Dieses als «functional» oder «hysterical bent back» oder «Camtocormia» bezeichnete Syndrom löste beim Untersucher großes Mitleid aus und ging regelmäßig mit Impotenz sowie erhöhter Stimmlage bei psychosexueller Retardierung einher. Übereinstimmend wurde dieses Krankheitsbild als Konversion angesehen, das gleichzeitig Unterwerfung und Verweigerung gegenüber militärischen Autoritäten ausdrücke, verbunden mit einer hoch ambivalenten, zum Teil homosexuellen Vaterbeziehung. Der aktuelle Konflikt und die Symptombwahl wird in dem Bild des Durchhaltens und «Seinen-Mann-stehen-müssen» bei gleichzeitig unentwickelter männlicher Identifizierung und Ich-Schwäche vermutet.

Es werden zu jener Zeit auch chronifizierte LIS ohne den Ausdrucksgehalt eines «bent back» beobachtet, die als psychogene Ischias-Erkrankungen angesehen werden. Sie sollten folgende Kriterien erfüllen: Auch wenn eine organische Schädigung im Sinne eines locus minoris resistentiae anamnestisch zu finden sei, so sollte eine körperliche Krankheit ausgeschlossen und ein Widerspruch zwischen subjektiver Beschwerde und objektivem Befund sowie eine unanatomische Ausstrahlung des Schmerzes zu eruieren sein; nicht selten sei der Schmerz ein Substitut vorangehender Angstsymptome wie Herzrasen, Diarrhoeen und Zittern (FETTERMAN, 1940).

Auch heute kann ein psychogenes LIS vermutet werden, wenn eine körperliche Ursache oder ein *pathophysiologischer Mechanismus nicht nachweisbar* sind. Die jeweilige psychogene LIS-Subgruppe entscheidet sich jedoch über den zugrundeliegenden *Schmerzmodus*. Die Deskription des jeweils zugrundeliegenden Schmerzmodus klärt die Fragen, in welcher Weise sich biographische Erlebnisse, anhaltende Belastungsfaktoren sowie traumatische Ereignisse einerseits vermitteln und andererseits als bewußter oder unbewußter Konflikt in ein LIS verwandeln können. HOFFMANN und EGGLE (1989) postulieren vier klinisch relevante Schmerzmechanismen:

1. Konversion: Das LIS läßt sich als körpersprachlich vermittelte Symbolisierung eines inneren Konflikts umreißen.
2. Narzißtische Regulation: Der Schmerz erfüllt eine psychoprophetische Funktion, d. h., eine subjektiv-existentielle Krise des Selbstwertgefühls soll vermieden oder begrenzt werden.

3. Affektiv-vegetativer oder affektiv-motorischer Modus: Das LIS ist Ausdruck einer frühsymbolischen inneren Affektspannung im Bereich der Motorik und des Vegetativums, wobei ein Kontinuum von LIS-Patienten zu beobachten ist, die den Affektgehalt ihrer Beschwerden (z. B. einer Angststörung) durchaus erleben (Affektkorrelat), bis hin zu jenen, die einen Zusammenhang zwischen Symptom und zugrundeliegendem Affekt völlig verleugnen (Affektäquivalent). Patienten mit einem solchen Modus reagieren in belastenden Situationen sofort und unmittelbar mit einem LIS.
4. Lernprozesse: Bereits auf der Ebene der Symptomentstehung können psychodynamische Aspekte und Lernvorgänge eng miteinander verknüpft sein (vgl. Kap. IV.F und Kap. IV.P).

In unserer Klinik fand sich der affektiv-vegetative Modus bei 101 stationären LIS-Patienten am häufigsten, gefolgt von der LIS-Gruppe mit einem narzißtischen Regulationsmodus. 10 Prozent erfüllten die Kriterien eines konversiven Modus. Der Anteil der Gruppe 4 war verschwindend gering.

Neben dieser eher psychodynamischen Gruppenzuordnung lassen sich psychogene LIS-Patienten auch klinisch-deskriptiv differenzieren, wenn man davon ausgeht, daß sich verschiedene Konfliktverarbeitungsmodi mit einem episodischem LIS verbünden und in persistierenden Schmerz übergehen können. Klinisch-empirisch erfährt dabei der Schmerzcharakter eine affektive Modifizierung. Auf diese Weise lassen sich fünf psychogene LIS-Gruppen unterscheiden:

1. LIS als somatisierte Depression: Trotz Tendenz zum Ganzkörperschmerz ist das LIS dominant,
2. LIS als somatisierte Angst im Sinne eines Angstkorrelats oder -äquivalents,
3. LIS als Konversion,
4. LIS mit somatisierter Zwangssymptomatik,
5. LIS als selbstmanipulierte oder Artefakt-Krankheit (vgl. Kap. IV.L).

Diese Einteilung ließ sich an 330 Patienten mit unspezifischen RS nach DSM-III-R (Achse I) weitgehend bestätigen, wobei sich in absteigender Häufigkeit Angststörungen (44,5 %), Depressionen (27,6 %) und somatoforme Erkrankungen (23,1 %) fanden (COSTE et al., 1992). Die Gruppen können ineinander über-

gehen oder kombiniert auftreten; insbesondere können sie, als gemeinsame Endstrecke, in die Rentenneurose – gleichsam eine «dritte Krankheit» – münden (KÜTEMEYER u. SCHULTZ-VENRATH, 1996), in der sich die Unterschiede wieder nivellieren (nach DSM-III-R Somatisierungsstörung: 300.81).

Grundsätzlich lassen sich psychogene LIS-Patienten mittels einer «strukturierten biographischen Anamnese für Schmerzpatienten» (EGLE, 1990) gut erfassen. Folgende Anamnese-Merkmale erwiesen sich für LIS-Patienten als besonders gut differenzierend:

1. Schmerzstärke im Augenblick >50 (VAS),
2. Alter < 40 Jahre,
3. Ablenkung verändert die Schmerzen nicht,
4. Zur Zeit auch seelisch-nervliche Beschwerden,
5. Vorerfahrung mit Ärzten emotional belastet,
6. In der Kindheit persönliche Auseinandersetzung mit Eltern nicht möglich,
7. Familiäre Kontakte durch die Schmerzen beeinträchtigt (VON PLESSEN et al., 1994).

Die Gruppen sind aber auch klinisch am Schmerzcharakter und Verlauf, an der Lokalisation und an der Ausbreitung zu unterscheiden. So treten in der Angst- und in der Konversionsgruppe neben dem persistierenden Schmerz Schmerzanfälle in Erscheinung. Aus der Schmerzschilderung lassen sich weitere differenzierende Hinweise entnehmen: LIS-Patienten mit einem *depressiven* Konfliktverarbeitungsmodus geben anhaltende, diffuse, brennende Schmerzen mit kontinuierlicher Ausweitung und Generalisierungstendenz (Ganzkörper-Schmerz) an, LIS-Patienten mit einem *angstneurotischen* Konfliktverarbeitungsmodus, der weitgehend dem oben erwähnten *affektiv-vegetativen* Schmerzmodus entspricht, berichten dem Arzt dagegen von unruhig-vibrierenden Schmerzen mit Parästhesien, die sich anfallsweise steigern, besonders nachts, und sich nicht kontinuierlich, sondern sprunghaft multilokulär ausbreiten oder – im Schmerzanfall – symmetrisch auf- oder absteigen. Der *Konversionsschmerz* wird dramatisch als besonders unerträglich charakterisiert («es ist ein Höllenschmerz», «messerscharf»); vornehmlich werden aggressive,

szenische Bilder («wie Todesstöße», «wie wenn jemand meinen Rücken durchbohrte») verwendet; dabei wird der Schmerz wiederum kontinuierlich, aber nach der Kleiderordnung, d. h. auf eine Extremität, einen Körperquadranten, eine Körperseite ausgedehnt. Der persistierende RS des *Patienten mit zwanghaften Anteilen*, oft als «Druck» charakterisiert, neigt zur Verlagerung von lumbal nach kranial, so daß schließlich neben den lumbalen zervikale und orofaziale Beschwerden überwiegen (CSEF, 1988). Die Begleitbeschwerden, wie z. B. ein Globusgefühl mit Schluckstörung, können als zusätzliches Diagnostikum genutzt werden, denn es findet sich eher bei ängstlichen, hysterischen und depressiven Patienten, nicht jedoch bei solchen mit einem primär zwanghaften Modus; diffuser, unsystematischer Schwindel findet sich nicht in der depressiven LIS-Gruppe, häufig hingegen in der Angst-Gruppe.

Durch die affektive Schmerz-Schilderung, die nicht in das klassische nozizeptive Konzept paßt, wird das nüchterne Interesse des Arztes gestört und durch Gefühle von Ohnmacht, Ärger, Ungeduld abgelenkt. Die monotone, aggressionsgehemmte Schmerzdarstellung des (latent) depressiven oder zwanghaften LIS-Patienten erzeugt ebenso wie die dramatisch-anklammernde des LIS-Patienten mit einem angstneurotischen Modus oder wie die belle indifférence des Konversions-Patienten im Untersucher ein Gemisch aus hilflosem Helferwillen und aggressiver Abwehr (Gegenübertragung). Diese – meist unbewußte – Ambivalenz entlädt sich in abweisenden Äußerungen des Arztes («Sie haben nichts» – «Verschleiß» – «es könnte seelisch sein»), in somatophilen Verlegenheitsdiagnosen (Fibromyalgie, chronic fatigue syndrome) oder Pseudo-LIS-Diagnosen (z. B. Facettensyndrom) und nicht zuletzt in invasiven Maßnahmen, denen sich diese Patienten wegen ihrer Selbstbestrafungswünsche gerne unterwerfen. Dennoch führt eine Operation eines meist asymptomatischen Diskusprolaps – nach zuweilen vorübergehender Besserung – in der Regel zu drastischer Exazerbation der Schmerzen mit funktioneller Ausgestaltung, die in eine Operationssucht und/oder Rentenneurose münden kann.

Dieses besondere *Schmerzverhalten* läßt sich allerdings auch schon in der Akutsituation beobachten, in der sich psychogene LIS-Patienten eher unangemeldet, als Notfall mit heftigsten Schmerzen präsentieren, wobei sich die Schmerzintensität einfach und valide mit der visuellen Analogskala (VAS: von 0 (kein Schmerz) bis 100 (unerträglicher Schmerz)) dokumentieren läßt. Der appellativ beschriebene Schmerz – die Sprache ist bildhaft: «als ob eine große Last drücke», die Wirbelsäule sich wie «durchgebrochen» oder «zerrissen» anfühle oder «außer Kontrolle» sei – kann auf den Untersucher einen spürbaren Handlungsdruck ausüben. Überempfindliche Areale können sich zu Triggerpunkten (früher: «hysterogene» Zonen) verdichten, an denen sich durch Druck Schmerzanfälle – mit Ausstrahlung und Tonuserhöhung – auslösen lassen. Die Schmerzcharakteristik wird wenig differenziert, meist wird ein dumpfer Dauerschmerz, ein lumbales Druck-, Spannungs-, Steifheits-, Müdigkeits- oder Engegefühl angegeben. Paresen sind ausgeprägt und global, den ganzen Fuß, das ganze Bein und nicht mehr nur die Kennmuskeln betreffend. Das Anheben des Beines erzeugt, auch mit gebeugtem Knie, einen Schmerz, der Lasègue im strengen Sinne – vor allem im Sitzen geprüft – ist negativ.

Gelingt es nicht, ein Verständnis des zugrundeliegenden Schmerzmodus zu finden, zeigt der Schmerz im Verlauf eine Tendenz zu erneuter Ausweitung, oft in weit entfernte Körperregionen. Schlaaffe und «spastische» funktionelle Gangstörungen, «Hyperkinesen» und psychogene Anfälle können hinzutreten. Solche Ausgestaltungen manifestieren sich schubweise im Anschluß an neue biographische und iatrogene Traumen, insbesondere nach Operationen oder anderen invasiven Maßnahmen.

Die Schmerzausstrahlung in die Beine, aber auch nach oben bis in den Nacken und in andere Körperteile ist «unanatomisch». Als Screening-Methode zur Erfassung solcher Patienten hat sich das einfache Verfahren der Schmerzzeichnung («patient pain drawing» – der Patient malt in einen Homunkulus die Lokalisation und Art seiner Schmerzen) bewährt (HOFSTADT et al., 1994).

### 3.3 Psychosomatische LIS-Subgruppen

Ein psychosomatisches LIS ist dann anzunehmen, wenn psychisch belastende Lebensereignisse zu eruieren sind, welche die Beschwerden eines *körperlichen Substrats* (z. B. Bandscheibenvorfall) oder den Verlauf eines somatisch bedingten LIS entscheidend mitbestimmen. Davon abzugrenzen sind LIS-Patienten mit einer inadäquaten Krankheitsbewältigung, bei denen sich z. B. während eines stationären Aufenthalts Verhaltensauffälligkeiten oder aber – davon unabhängig – eine psychische Störung ohne Beschwerdeverschlimmerung (psychische Komorbidität) zeigen. Eine besonders schwierige Gruppe sind Patienten mit einem somatisch bedingtem LIS, bei denen gleichzeitig eine psychische Störung mit Verschlimmerung der Beschwerden vorliegt, so daß das LIS über die organisch erklärbaren Anteile hinaus psychogen ausgestaltet erscheint.

In der Psychosomatik ist man aus guten Gründen von einem spezifischen Persönlichkeits- und Konfliktmodell abgekommen; dennoch lassen sich unter den bestimmten LIS-Gruppen besondere Phänomene häufiger wahrnehmen: Bei Patienten mit bandscheibenbedingtem LIS findet sich oft eine besondere Verarbeitung des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonflikts, die sich als «rebellische» Grundhaltung, als Ruhelosigkeit und Unfähigkeit, Müßiggang zu ertragen, äußert. Im Erstgespräch kann man einem eloquenten, gelegentlich auch laut sprechenden Patienten mit mißtrauisch-prüfenden Blick begegnen (man ist an das Typ A-Verhalten bei vaskulär Erkrankten erinnert – z. B. bei Herzinfarkt-Patienten), bereits im Wartezimmer fällt der besonders feste Händedruck auf, der eine besondere Beziehung oder einen «Kampf» signalisiert. Hinter dieser aktiv-rebellischen Grundhaltung finden sich Unsicherheit und Abhängigkeit und Angewiesensein auf Anerkennung, wobei in solchen Situationen RS erstmals oder vermehrt auftreten können. Der lumbale paravertebrale Hartspann, der allerdings nicht bei allen LIS-Patienten zu tasten ist, läßt sich manchmal als frühe Ersatzabwehr eines drohenden oder phantasierten Zusammenbruchs ansehen und kann elektromyogra-

phisch (z. B. durch EMG-Scanning) verifiziert werden. Bereits einfache Handlungen (Drücken der Hand des Untersuchers) führen bei dieser LIS-Gruppe zu prolongierter Beteiligung weit entfernter, von gesunden Kontrollpersonen nicht beanspruchter Muskeln (TRAUE u. KESSLER, 1992). Konfliktbesetzte Gespräche lassen lumbale und glutäale Aktionspotentiale ansteigen. Die überschießende Indienstnahme der Muskulatur mit Verkürzung von Erholungszeiten, als Schutz vor feindseliger Bedrohung gedeutet, wird verschiedentlich für die Genese und die Chronifizierung eines LIS verantwortlich gemacht. Im 24-Stunden-EMG zeigt sich auch im Schlaf anhaltende Muskelaktivität, die den Rückenschmerz und die Schlafstörung mitverursachen soll (FISCHER u. CHANG, 1985).

Obwohl ein LIS ursprünglich in Episoden und Attacken verläuft – der persistierende Schmerz gehört bis auf wenige Ausnahmen zum Spätstadium der Erkrankung –, ist die psychosoziale Disposition für ein akutes (z. B. diskusprolapsbedingtes) LIS kaum untersucht; kontrollierte Studien fehlen.

Aus phänomenologischer Perspektive ist die Lebensweise von LIS-Patienten prämorbid und im Frühstadium ihrer Erkrankung neben Unruhe von starkem Tatendrang und forcierter Selbstbehauptung geprägt, gleichsam ein Rückgrat-Beweisen auf «Biegen und Brechen». In der Kindheit vorzeitig zu Verantwortung und harter Arbeit herangezogen, gleichzeitig durch Strenge und Entbehrung von den Eltern unmündig gehalten, entwickeln die späteren Patienten – durchaus auch mit gesunden Selbstanteilen – ab der Adoleszenz eine besondere Eigenständigkeit, expansive Unternehmungslust und unermüdlichen Arbeitseifer, eine Art Durchhalte-Syndrom (KÜTEMEYER u. SCHULTZ, 1990; HASENBRING, 1993). Regressive Bedürfnisse müssen verleugnet werden. Darunter leidet der Schlaf («ich habe einen Apparat in mir, der hört nicht auf, sich zu drehen»), die körperliche Selbstwahrnehmung, das Empfinden für das Ausmaß der eigenen Leistung, aber auch für Prodrome als erste Dekompensationszeichen. In Abwehr einer zu engen und nahen Beziehung tendieren LIS-Patienten dazu, andere zu übertreffen und dominierend zu betreuen, etwa indem sie sich hilfsbedürftige Partner suchen. Bei dieser mit mangelnder Genußfähigkeit einhergehenden Helfereinstellung als Antwort auf ein Gefühl der Wertlosigkeit können sie selbst Geschenke und Hilfe nur schwer annehmen. Auffällig ist auch ein entwertendes Rivalisieren mit Geschwistern und Gleichaltrigen, dagegen liebevolle Zuneigung zu

Kindern und abhängigen Personen, bei Frauen in Form von dominierendem Bemuttern.

Als Auslöser für die ersten LIS-Attacken wurden Situationen äußersten Einsatzes für andere bei Ambivalenz zwischen Verpflichtung und unbewußtem Aufbegehren eruiert. Des weiteren manifestieren sich die LIS-Attacken oder Schmerzrezidive in kritischen biographischen Situationen, in denen die «Überlegenheit» nicht mehr durchgehalten werden kann, am häufigsten, wenn Partner oder Kinder selbständig und potentiell ebenbürtig werden.

Bei mehr als einem Drittel aller LIS finden sich in der Anamnese Gastritiden, Magen- oder Duodenalulzera (KÜTEMEYER u. SCHULTZ, 1982). Der Konflikt zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit ist bei Patienten mit LIS und Ulcus duodeni ähnlich. Das Ungestilltbleiben oraler Bedürfnisse in der Kindheit wird von LIS-Patienten so beantwortet, daß sie zur Bewältigung ihrer späteren Lebensaufgaben überwiegend Verhaltensweisen entwickeln, die der Ich-Abgrenzung dienen. Aus narzißtischer Ohnmacht und der Gefahr einer Depression oder einer Angst flüchten sie, unterstützt gleichsam durch eine prothetische «zweite muskuläre Haut», in narzißtische Omnipotenz (Größenphantasien mit Hochgefühl, expansiver Tatendrang).

Die Ambivalenz von Autonomie-/Regressions-(Distanz/Nähe-)Bedürfnissen ist in jedem Stadium der Arzt-Patient-Beziehung wirksam. Bei der körperlichen Untersuchung spannen die Patienten ihre Extremitäten unwillkürlich übermäßig an, so daß die Reflexe zuweilen schwer beurteilbar sind; die Kraftprüfung wird zu einer Art «Kräftemessen» mit dem Arzt, das bereits mit dem forschen Händedruck bei der Begrüßung beginnt. Gleichzeitig fällt eine «Schwäche» auf, ein schmerzbedingtes Nachgeben, das leicht als radikuläre Parese mißdeutet wird.

Dramatisch schildern die Patienten mit der beschriebenen Ambivalenz auf der Station ihre Beschwerden, um im nächsten Moment wegen eiliger Geschäfte auf Entlassung zu drängen. Schmerzgequält und mitleiderregend der Schwester gegenüber, können sie beim Arzt eine auf Imponieren bedachte Wortgewandtheit zeigen, empfindlich für alles ihr Ichgefühl Verletzende, beständig auf der Hut vor Demütigungen. Gerade noch vor Schmerzen keiner Bewegung fähig, steigen sie aus dem Bett, stützen einen gelähmten Mitpatienten oder helfen einem gestürzten Anfallskranken auf. Der Arzt soll keinen Beitrag zur Behandlung geliefert, sie wollen vielmehr alles selbst gemacht haben.

Anstatt sich auf den behandelnden Arzt einzulassen, versetzen sie sich an seine Stelle, belehren ihn mit medizinischem Wissen, werten seine Angebote ab. Andererseits sind ihre Wünsche oft besonders anspruchsvoll und leicht enttäuschbar, weshalb sie rasch mit Rückzug und wiederholtem Arztwechsel reagieren.

Die Besonderheit eines akuten bandscheibenbedingten LIS spiegelt sich im körperlichen Befund wider. Die steilgestellte Wirbelsäule – abgeflachte Lendenlordose und fehlende Brustkyphose – läßt die Haltung der Patienten überaufrecht erscheinen. Die paravertebrale Muskelverspannung, die die akute Schmerzphase überdauern kann, macht die schmerzreaktive tonische Regressionsabwehr sichtbar und tastbar. Die Bandscheibe, die ihren Stoffwechsel durch Druckschwankungen unterhält, leidet nicht durch vorübergehende Überlastung, sondern durch Daueranspannung oder durch anhaltende Entlastung. Fehlender Rhythmus zwischen Anstrengung und Erholung läßt eine Bandscheibe vorzeitig degenerieren und schließlich prolabieren. Aus biomechanischer Sicht bedeutet es keinen Widerspruch, daß sowohl die gespannte Hypermotorik der hypomanischen oder (latent) ängstlichen als auch die Bewegungsarmut und das Vermeidungsverhalten der später depressiven LIS-Patienten lumbale Schmerzen hervorruft.

Die Persistenz von lumbalen Schmerzen stellt für die Patienten wie für Ärzte und Pflegende ein besonderes Problem dar. (Da das LIS, selbst bei chronischem Verlauf, keine lebenslange Erkrankung darstellt, ist der Terminus persistierend zu bevorzugen.) Durch die anhaltenden Schmerzen «entschuldigt», können die Patienten die mit ihrem Selbstbild unvereinbaren Bedürfnisse konfliktfreier zulassen (primärer Krankheitsgewinn) und sich Zuwendung erzwingen (sekundärer Krankheitsgewinn), ohne das omnipotente Selbstbild aufzugeben. Die averbale Kommunikation über die Schmerzen stellt – gegenüber der Fähigkeit, verbal um soziale Unterstützung zu bitten – den wichtigsten Faktor für Schmerzpersistenz und -intensität dar (HASENBRING, 1992).

Für den Übergang von Episoden und Attacken in den persistierenden Schmerz spielt,

auch bei operierten LIS-Patienten, die anfängliche Schwere neurologischer Ausfälle prognostisch keine, hingegen das Umschlagen in regressiv-bedürftiges Verhalten, meist auf dem Boden einer traumatisch bedingten latenten Schmerzneigung, eine entscheidende Rolle. Auch unter den LIS-Patienten finden sich typische Fälle der 1959 von ENGEL beschriebenen «pain-proneness» (s. Kap. IV.F).

## 4. Therapien

Nur für die kleine Patientengruppe mit einem beginnenden Querschnitts-Syndrom (z. B. Kauda-/Konus-Syndrom) bei bandscheibenbedingtem LIS ist eine operative Behandlung absolut indiziert. Die konservativen Therapien, die für die meisten LIS-Patienten in Frage kommen, sind ein Stiefkind der Forschung geblieben; sie sind nur selten nach ätiologischen Aspekten (z. B. unspezifisch/psychogen versus bandscheibenbedingt) oder nach Verlaufsdynamik (z. B. akut versus persistierend) differenziert überprüft worden.

Üblicherweise beginnt eine konservative Therapie mit Bettruhe, Wärmeanwendungen, analgetischen und/oder muskelrelaxierenden Medikamenten, wobei polypragmatische Konzepte heutzutage dominieren. Nicht selten entscheiden der Verlauf oder die Spezialisierung des behandelnden Arztes darüber, ob und in welcher Intensität Massage und Krankengymnastik, Injektionen, Elektrotherapie, manuelle Therapie oder Extension zur Anwendung kommen. Es scheint sich inzwischen herauszustellen, daß für akute somatogene LIS-Patienten Bettruhe und Wärmeanwendungen, für chronische und psychogene LIS-Patienten Aktivierungsprogramme geeigneter sind, Schmerzfreiheit und soziale Integration wiederzuerlangen.

So wurden bei akutem bandscheibenbedingtem LIS zwei Drittel der Patienten durch strikte Bettruhe schmerzfrei, wobei die Katamnese durchschnittlich acht Jahre betrug (PEARCE u. MOLL, 1967). Da Bettruhe selten ausdrücklich empfohlen und aus Kostengründen sogar eine Liegezeit-Verkürzung angestrebt wird, ist dies bemerkenswert. Bei Rekruten mit akutem LIS

(es fehlen Angaben zur Ätiologie) bewirkt alleinige Bettruhe im Vergleich mit Mobilisierung raschere Schmerzminderung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (WIESEL et al., 1980). In einer randomisierten Therapiestudie sollten 186 im öffentlichen Dienst der Stadt Helsinki Beschäftigte mit akutem unspezifischen LIS (ohne neurologische Ausfälle) entweder eine zweitägige Bettruhe einhalten (n = 67) oder nach Anleitung stündlich Rückenübungen durchführen (n = 52) oder ihre täglichen Aktivitäten fortsetzen, so weit es die Schmerzen zuließen (Kontrollgruppe n = 67). Nach drei und zwölf Wochen wies die Kontrollgruppe eine signifikant kürzere Schmerzdauer, eine niedrigere Schmerzintensität, einen besseren Schober-Index, eine bessere Selbsteinschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit und einen niedrigeren Fehlzeitenanteil bei der Arbeit auf, während die längste Erholungszeit die Teilnehmer benötigten, denen Bettruhe verordnet worden war (MALMIVAARA et al., 1995).

### 4.1 Psychosomatische Therapie

Bereits die am Schmerzcharakter orientierte Anamnese und körperliche Untersuchung – unter Einbeziehung der Affektivität von Arzt und Patient – kann, nicht nur bei psychogenen LIS, zu einer therapeutischen Erfahrung werden (ADLER u. HEMMELER, 1992; KÜTEMAYER, 1992). Für die Behandlung im engeren Sinne wird eine nur vorsichtig aufdeckende psychotherapeutische Begleitung als sinnvoll angesehen, insbesondere eine Kombination von Physiotherapie und Psychotherapie, vor allem auch bei der Akutbehandlung einer Ischias, wobei einem anfänglichen Stadium der Ruhe später aktivierende Maßnahmen folgen.

Für Patienten mit bandscheibenbedingtem LIS hat sich ein *Drei-Stufen-Programm* mit einer jeweils sieben bis zehn Tage anhaltenden passiven, dann passiv-aktiven und schließlich aktiven Phase bewährt (Tab. 3). Wegen des besonderen Widerstands der Patienten ist es notwendig, dieses Therapieprogramm bereits während des ersten Kontakts zu erläutern und mit einer dreitägigen bio-

*Tabelle 3:* Ablauf des dreiphasigen Therapieprogramms für Lumbago-Ischialgie-Patienten. Frühzeitige ärztliche Patientenaufklärung über den Therapieverlauf.

|   |   |   |
|---|---|---|
| <i>Phase I: Passive Phase (4.–13.Tag)</i>         |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Strenge Bettruhe (Ausnahmen: Körperpflege, Toilettengang)</li> <li>– Kein Nikotin, Telefon und Fernsehen</li> <li>– Besuch: 30 Min. in 10 Tagen</li> </ul>                                 |
| 8 <sup>00</sup>                                   | Frühstück im Stehen<br>5–10 mg Diazepam oder 4 × ½ Teel. Bryophyllum Trit. 50 % <sup>1</sup><br>Low-dose-Heparin  |   |
| 9–11 <sup>00</sup>                                | Heißes Wannenbad mit Zusatz (z. B. Lavendel) 10 Min.<br>Schwitzpackung: 500 ml Lindenblütentee (zwei Tassen zum zügigen Trinken) und 1000 mg Acetylsalicylsäure/Paracetamol<br>4 Wärmflaschen im Stufenbett (30–60 Min.)<br>30 min. Ruhepause<br>5–10 mg Diazepam |   |
| 12 <sup>30</sup>                                  | Mittagessen im Stehen<br>5–10 mg Diazepam   |   |
| 13 <sup>00</sup>                                  | Mittagsschlaf<br>Stufenbett oder andere schmerzlastende Lage  |   |
| 15 <sup>30</sup>                                  | Krankengymnastik: Schmerzvermeidung bei Haltungsänderung  |   |
| 18 <sup>00</sup>                                  | Abendessen im Stehen  |   |
| 20 <sup>00</sup>                                  | 10 mg Diazepam  |   |
| <i>Phase II: Passiv-aktive Phase (14.–23.Tag)</i> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bettruhe gelockert (2 × 60 Min. Aufstehen)</li> <li>– Kein Nikotin und Fernsehen</li> <li>– Telefonieren zwischen 19–20<sup>00</sup></li> <li>– Besuch: 2 × 30 Min. in 10 Tagen</li> </ul> |
| 8 <sup>00</sup>                                   | Frühstück im Stehen   |   |
| 9–11 <sup>00</sup>                                | Fangopackung, Massage<br>Heißes Wannenbad mit Zusatz (s. o.)  |   |
| 12 <sup>30</sup>                                  | Mittagessen im Stehen   |   |
| 13 <sup>00</sup>                                  | Mittagsschlaf<br>Stufenbett oder andere schmerzlastende Lage<br>Krankengymnastik: hubfreie Mobilisation<br>Fokale Psychotherapie (30 Min.)  |   |
| 18 <sup>00</sup>                                  | Abendessen im Stehen  |   |
| <i>Phase III: Aktive Phase (24.–33.Tag)</i>       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Freie Mobilisation</li> <li>– Kein Fernsehen</li> <li>– Telefonieren zwischen 19–20<sup>00</sup></li> <li>– Besuch: 3 × 30 Min. in 10 Tagen</li> </ul>                                     |
| 8 <sup>00</sup>                                   | Frühstück   |   |
| 9–11 <sup>00</sup>                                | Krankengymnastik: Isometrische Wahrnehmungs- und Belastungsübung (Mo/Mi/Fr)<br>Fangopackung (Di/Do/Sa)  |   |
| 12 <sup>30</sup>                                  | Mittagessen   |   |
| 13 <sup>00</sup>                                  | Mittagsschlaf<br>Auf besonderen Wunsch: Stufenbett<br>Fokale Psychotherapie   |   |
| 18 <sup>00</sup>                                  | Abendessen  |   |

<sup>1</sup> Es handelt sich um ein Phytotherapeutikum mit anxiolytischer und muskelrelaxierender Wirkung

psychosozialen Diagnostik und «Anwärmung» stationär einzuleiten. Die systematische Reihenfolge der Anwendungen und ihre konsequente Durchführung ist Voraussetzung der therapeutischen Wirkung. Dafür ist ein therapeutisches Team erforderlich, das verständnisvoll die Widerstände der Patienten gegenüber Regression aufzufangen in der Lage ist, ohne einerseits das Setting zu sehr zu verändern und andererseits zu schematisch auf dem Setting zu bestehen. Obwohl die drei Therapiephasen psychodynamisch begründet sind, wurden auch verhaltenstherapeutische Aspekte integriert, was andernorts hinreichend beschrieben ist (KÜTEMEYER u. SCHULTZ, 1990; SCHULTZ-VENRATH, 1993). Je größer der Widerstand gegenüber Psychotherapie ist, desto empfehlenswerter ist das Dreistufenprogramm auch für die Gruppe psychogener LIS-Patienten, weil die zunächst körperorientierte Ausrichtung eine Basis für die sich anschließende Psychotherapie schafft. Eine Ausnahme stellen LIS-Patienten mit einer Angststörung (bzw. mit affektiv-vegetativem Schmerzmodus) dar, für die dieses Setting zugleich ein Diagnostikum ist, wenn sie nicht schon durch eine sorgfältige Anamnese oder aber durch eine phobische Reaktion in der Röhre eines Computer- oder Kernspintomographen zum Ausdruck oder Ausbruch gekommen war: Durch die Betonung strenger Bettruhe sehen solche LIS-Patienten ihre Symbiose mit den wichtigsten Bezugspersonen bedroht, worauf sie ihrerseits mit dem Abbruch der Behandlung drohen. Wird erst zu diesem späten Zeitpunkt die für das LIS ätiologisch relevante Angststörung sichtbar, sollte das Dreistufenprogramm, das die Regression betont, zugunsten eines aktiveren Angstbewältigungs-Programms aufgegeben werden. Wenn es sich zudem um Patienten mit einem persistierendem LIS handelt, haben hier verhaltenstherapeutische Programme ihre Bedeutung, die an der Krankheitsverarbeitung und am sekundären Krankheitsgewinn ansetzen und das Training sozialer Kompetenz betonen. Kognitive Strategien, Schmerzkontrolle und Aktivierung rücken das Erleben und Durcharbeiten latenter Schmerzerinnerungen in der Arzt-Patient-Beziehung in den Hintergrund. Kognitive

Strategien der Aufmerksamkeitsumlenkung führen allerdings bei Patienten mit psychogen-chronischem LIS eher zu einer Verstärkung der Schmerzintensität sowie der funktionellen Beeinträchtigung (ROSENSTEEL u. KEEFE, 1983). Auch wir haben feststellen müssen, daß die Möglichkeit der Schmerzablenkung bei psychogenen LIS-Patienten signifikant schlechter als bei bandscheibenbedingtem LIS ist (VON PLESSEN et al., 1994).

Die begründete Kritik an prolongierter Bettruhe als bloßer Verlegenheit (DEYO et al., 1986; WADDELL, 1987) läßt psychosozial bedeutsame pathogenetische Zusammenhänge nicht gelten. Sie berücksichtigt auch nicht die Notwendigkeit streng dosierter und therapeutisch begleiteter Regression, ohne die kathartische Prozesse, Entwicklung der Selbstwahrnehmung und Integration der abgewehrten Affekte nicht in Gang kommen. Zudem verbündet sich die schmerzreduzierende Wirkung aktiver Rehabilitation mit der aktivistischen Abwehr der Patienten, was bei geringster Störung des labilen Gleichgewichts der Chronifizierung Vorschub leisten könnte.

Das dreistufige Therapieprogramm hat sich zur Behandlung akuter und persistierender LIS, aber auch zur präoperativen allgemeinen und lokalen Entspannung bewährt. Unmittelbar postoperativ sind hauptsächlich die Methoden der dritten Phase indiziert. Eine ambulante Behandlung kann, leicht abgewandelt nach demselben Muster erfolgen (Bettruhe/Massage/Krankengymnastik je sieben Tage bei häuslicher Pflege und Psychotherapie).

Die dosierte Regression der entscheidenden ersten Phase, wegen des pflegerischen Aufwandes und der bei den Patienten in Gang kommenden heftigen emotionalen Prozesse einer intensivmedizinischen Maßnahme vergleichbar, hat verwöhnende, wiedergutmachende, durch die Strenge des Settings aber auch «strafende» Wirkung, die, einer Bußhandlung ähnlich, Schuldgefühle der Patienten entlastet. Die beiden Aspekte werden von den Patienten häufig auf verschiedene Behandler «übertragen»: Der Arzt wird nicht selten als sadistisches Über-Ich erlebt, mit der Gefahr sadomasochistischer Kollusionen.



Die Betonung der Selbstwahrnehmung stellt einen wesentlichen Unterschied zu dem meist vertretenen Konzept der «Stabilisierung» und «Kräftigung» dar, das rein motorisch orientiert ist und die Abwehr des Patienten stärkt. Eine Differenzierung der Selbstwahrnehmung – z. B. mittels konzentrativer Bewegungstherapie – dagegen begünstigt – im Sinne vorbeugender Selbsthilfe – das rechtzeitige Erkennen und adäquate Umgehen mit späteren Rezidiven. Um eine Chronifizierung und psychogene Ausgestaltung zu vermeiden, müssen in der dritten Phase die ein LIS begünstigenden Lebensgewohnheiten und Beziehungsprobleme – unter Einbeziehung der Angehörigen – direkt angesprochen werden, insbesondere die emotionale Bedürftigkeit, die mit dem Arbeitseifer, der Kampf- und Hilfsbereitschaft auf vielfältige Weise abgewehrt wird.

## 4.2 Therapie-Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der LIS-Patienten ist, unabhängig von der Art der konservativen Therapie, innerhalb von zwei bis drei Monaten beschwerdefrei. Früh eingesetzte krankengymnastische Übungen zeigen gegenüber dem Drei-Stufen-Programm keinen Vorteil hinsichtlich des Behandlungserfolgs. Selbst bei bandscheibenbedingtem LIS sollten eingreifende Verfahren (z. B. paravertebrale Injektionen, Nukleotomie) vor Ablauf dieser Zeit – außer bei absoluter Operationsindikation – nicht durchgeführt werden. Obwohl kurze Katamnese die Vorzüge der Frühoperation zu belegen scheinen, ist im Langzeitverlauf (4–10 Jahre) die konservative Therapie der chirurgischen nicht unterlegen. Unter Berücksichtigung der Invalidisierten und Berenteten betrugen 1990 die Kosten jeder Bandscheiben-Operation 100 000 DM. Eine nicht-kontrollierte Evaluation des dreistufigen psychosomatischen Therapieprogramms – die Katamnese betrug durchschnittlich 4,5 Jahre – ergab völlige Beschwerdefreiheit bei 70 Prozent (einschließlich der Operierten) und 82 Prozent der (ausschließlich konservativ) behandelten bandscheibenbedingten LIS-Patienten (KÜTEMEYER u. SCHULTZ, 1983).

Hinsichtlich des spontanen Verlaufs von konservativ behandelten Patienten läßt sich im CT (je nach Studien-Design) in 55 bis 60 Prozent der Fälle eine mäßige bis deutliche Verkleinerung (Regression) des Prolaps beob-

achten; trotz gleichbleibendem Diskusvorfall können auch die übrigen beschwerdefrei werden (SCHULTZ et al., 1988). Auch die perkutane Diskotomie, bei strengster Indikation (therapieresistente Schmerzen bei medialer Protrusion) als schonende Alternative trotz der Strahlenbelastung eine Zeitlang propagiert, wird wegen mangelnder Erfolgsrate zunehmend wieder verlassen. Die Indikation der Chemonukleolyse – unverletzter Anulus fibrosus – ist mit der Indikation einer konservativen Behandlung identisch; somit hat sich die Methode als überflüssig erwiesen.

Psychogene LIS-Patienten werden wegen der Dramatik ihrer Beschwerden ebenso häufig operiert wie somatogene, regelmäßig mit schlechtem Behandlungserfolg (FINK, 1992). Noch häufiger wird eine notwendige psychosomatische Behandlung von LIS-Patienten durch eine intramuskuläre Injektionsbehandlung ersetzt, die lebensgefährlich sein kann, wenn eine unerkannte allergische Disposition vorliegt. Die chiropraktische Behandlung bandscheibenbedingter, insbesondere zervikaler Wurzelreiz- und Kompressions-Syndrome ist nicht rational, da degenerierte Wirbel nicht ausrenken und deshalb nicht eingerenkt werden können; die Methode kann zu einem radikulären Kompressionssyndrom und zu Insulten spinaler oder hirnersorgender Arterien führen.

Ein Viertel bis gut die Hälfte nukleotomierter LIS-Patienten wird nicht beschwerdefrei; drei Viertel von diesen haben in der Kindheit ein schweres psychisches Trauma erlebt. LIS-Patienten, die mehr als drei psychische Traumata in der Kindheit aufweisen, haben eine 85 Prozent-Wahrscheinlichkeit, erfolglos operiert zu werden, während Patienten ohne psychische Traumata nur in 5 Prozent erfolglos operiert werden (SCHOFFERMAN et al., 1992). Der Anteil der psychogenen LIS-Patienten dürfte unter den 15 bis 20 Prozent der re-operierten Patienten besonders hoch sein, wobei der Erfolg nach der zweiten Operation – je nach Katamnese-dauer und Dauer des postoperativen Intervalls – von 15 auf 0 Prozent absinkt. Handelt es sich lediglich um ein «bulging disc»-Phänomen (ringförmige Protrusion), das heute nicht mehr als pathogenes Agens angesehen wird, werden im Langzeitverlauf weniger als die Hälfte nukleotomierter Patienten beschwerdefrei. Diese sind also in jedem Fall konservativ psychosomatisch zu behandeln.

Möglicherweise kommt selbst der Operation eine psychodynamische oder Placebo-Wirkung zu, da auch bei negativer operativer Exploration, also fehlendem Diskusvorfall, 38 Prozent der LIS-Patienten schmerzfrei werden. Eine weitere Erklärung wäre eine forcierte Muskelrelaxation durch die Narkose. Im Gegensatz zur herrschenden Auffassung stellt eine radikuläre Parese, die dem Patienten meist nicht auffällt, eine zweifelhafte Operations-Indikation dar, da Besserungen noch nach einem Jahr zu erwarten sind.

Verhaltenstherapeutische Ansätze, die multimodale Behandlungsprogramme für chronische Rückenschmerz-Patienten anbieten, sind hinsichtlich Schmerzintensität und -ausbreitung, Kraftausdauer und Wirbelsäulenbeweglichkeit, aber auch hinsichtlich des Einflusses auf die Arbeitsunfähigkeit – aus methodischen Gründen ist ein Kontrollgruppenvergleich kaum durchzuführen – zumindest im Prä-/Post-Behandlungsvergleich erfolgreich (PFINGSTEN et al., 1993). Hinsichtlich der Evaluation anderer Psychotherapieverfahren liegen nur wenige Daten vor. In Gruppentherapien zeigen «Patienten mit Wirbelsäulensyndromen» eine wesentlich höhere Abbrecherquote als «Rheumakranke» oder «heterogene Schmerzranke».

## Literatur

- ALLAN DB, WADDELL G: A historical perspective on low back pain and disability. *Acta Orthop Scand* (Suppl) 234, 1–23, 1989
- BODEN SD, DAVIS DO, DINA TS, PATRONAS NJ, WIESEL SW: Abnormal magnetic resonance scans of lumbar spine in asymptomatic patients. *J Bone Joint Surg (Am)* 72, 403–408, 1990
- BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN: Krankheitsarten- und Arbeitsunfallstatistik 1990. Essen 1991
- COSTE J, PAOLAGGI JB, SPIRA A: Classification of nonspecific low back pain. I. Psychological involvement in low back pain. A clinical, descriptive approach. *Spine* 17, 1028–1037, 1992
- CSEF H: Zur Psychosomatik des Zwangsranken. Springer, Berlin/Heidelberg 1988
- DEYO RA, TSUI-WU YJ: Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 12, 264–268, 1987
- DEYO RA, LOESER JD, BIGOS ST: Herniated lumbar intervertebral disk. *Ann Intern* 112, 598–603, 1990
- DEYO RA, CHERKIN D, CONRAD D, VOLINN E: Cost, controversy, crisis: Low back pain and the health of the public. *Ann Rev Publ Health* 12, 141–156, 1991
- EGLE UT: Das benigne chronische Schmerzsyndrom. Theoretische Grundlagen, biographische Disposition, Screening-Parameter, diagnostische Subgruppen. Habilitationsschrift, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz 1990
- EGLE UT, HOFFMANN SO: Der Schmerzranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psychosozialer Sicht. Schattauer, Stuttgart 1993
- ENGEL GL: «Psychogenic» pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26, 899–918, 1959
- ERICHSEN JE: On railway and other injuries of the nervous system. Six lectures on certain obscure injuries of the nervous system commonly met with as a result of shock to the body received in collisions in railways. Walton & Maberly, London 1866
- FETTERMAN JL: Vertebral neuroses. *Psychosom Med* 11, 265–275, 1940
- FINK P: Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res* 36, 439–447, 1992
- FISCHER AA, CHANG CH: Electromyographic evidence of paraspinal muscle spasms during sleep in patients with low back pain. *Clin J Pain* 1, 147–154, 1985
- FRYMOYER JW, POPE MH, CLEMENTS JH, WIDDER DG, MAC PHERSON B, ASHIKAGA T: Risk factors in low back pain: An epidemiological survey. *J Bone Joint Surg (Am)* 65-A, 213–21, 1983
- HASENBRING M: Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Schattauer, Stuttgart/New York 1992
- HASENBRING M: Durchhaltestrategien – ein in der Schmerzforschung und Therapie vernachlässigtes Phänomen? *Schmerz* 7, 304–313, 1993
- HOFFMANN SO, EGLE UT: Der psychogen und psychosomatisch Schmerzranke. Entwurf zu einer psychoanalytisch orientierten Nosologie. *Psychother Med Psychol* 39, 193–201, 1989
- HOFSTADT U, VON PLESSSEN K, SCHULTZ-VENRATH U: Schmerzzeichnungen («patient pain drawing») als Screeningmethode für organische und psychogene Lumbago-Ischialgie-Syndrom(LIS)-Patienten. *Akt Neurol* 21 (Sonderheft 1) S11, 1994
- JENSEN MC, BRANT-ZAWADZKI MN, OBUCHOWSKI N, MODIC MT, MALKASIAN D, ROSS JS: Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 331, 70–73, 1994

- KÜTEMEYER M, SCHULTZ U: Verlauf und Therapie des Lumbago-Ischias-Syndroms (LIS) aus psychosomatischer Sicht. *Verh Dt Ges Inn Med* 88, 1221–1224, 1982
- KÜTEMEYER M, SCHULTZ U: Verlauf des akuten Wurzelkompressionssyndroms (WKS) nach dreistufiger konservativer Therapie. In SEITZ D, VOGEL P (Hrsg.) *Hämoblastosen. Zentrale Motorik. Iatrogene Schäden. Myositiden*, S. 699, Springer, Heidelberg 1983
- KÜTEMEYER M, SCHULTZ U: Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 835, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- KÜTEMEYER M, SCHULTZ-VENRATH U: Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In UEXKÜLL TH v (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 5. Aufl., Kap. 66, Urban & Schwarzenberg, München 1996
- MALMIVAARA A, HÄKKINEN U, ARO T, HEINRICH M-L, KOSKENNIEMI L, KUOSMA E, LAPPI S, PALOHEIMO R, SERVO C, VAARANEN V, HERNBERG S: The treatment of acute low back pain – bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 332: 351–355, 1995
- MOONEY V: Presidential address. International society for the study of the lumbar spine. Dallas 1986. Where is the pain coming from? *Spine* 12, 754, 1987
- OLMARKER K, RYDEVIK B, NORDBORG C: Autologous nucleus pulposus induces neurophysiologic and histologic changes in porcine cauda equina nerve roots. *Spine* 18, 1425–32, 1993
- PEARCE J, MOLL JMH: Conservative treatment and natural history of acute lumbar disc lesions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 30, 13–17, 1967
- PFINGSTEN M, ENSINK FB, FRANZ C, HILDEBRANDT J, SAUR P, SCHWIBBE G, STEINMETZ U, STRAUB A: Erste Ergebnisse eines multimodalen Behandlungsprogramms für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Das Göttinger Rücken Intensiv Programm*. *Z Gesundheitswiss* 3, 224–244, 1993
- VON PLESSSEN K, HOFSTADT U, SCHULTZ-VENRATH U: Biographische Determinanten beim Lumbago-Ischialgie-Syndrom (LIS) – Replikation der Mainzer Screening-Studie mit der «Strukturierten biographischen Anamnese für Schmerzpatienten (SBAS III)» an LIS-Patienten. *Akt Neurol* 21 (Sonderheft 1) S18, 1994
- RASPE H, KOHLMANN TH: Rückenschmerzen – eine Epidemie unserer Tage? *Dt Ärztebl* 90, B-2165–2169, 1993
- REPORT OF THE QUEBEC TASK FORCE ON SPINAL DISORDERS. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. *Spine* 12, 1987
- RYDEVIK B, BROWN MD, LUNDBORG G: Pathoanatomy and pathophysiology of nerve root compression. *Spine* 9, 7–15, 1984
- SCHOFFERMAN J, ANDERSON D, HINES R, SMITH G, WHITE A: Childhood psychological trauma correlates with unsuccessful lumbar spine surgery. *Spine* 17, (Suppl 6), S138–S144, 1992
- SCHULTZ U, KÖHLER D, KÜTEMEYER M, STÄBLER-LEHR A: Zum Spontanverlauf des lumbalen Discusvorfalls. Eine CT-kontrollierte prospektive Studie. *Nervenarzt* 59, 661–668, 1988
- SCHULTZ-VENRATH U: Chronische Lumbago-Ischialgie-Syndrome. In EGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.) *Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*, S. 460–488, Schattauer, Stuttgart 1993
- SPANGFORT EV: The lumbar disc herniation. A computer-aided analysis of 2504 operations. *Acta Orthop Scand (Suppl)* 142, 1–95, 1972
- TRAUE HC, KESSLER M: Myogene Schmerzen. *Z Med Psychol* 1, 10–22, 1992
- WIESEL SW, CUCKLER JM, DELUCA F, JONES F, ZEIDE MS, ROTHMAN RH: Acute low back pain: An objective analysis of conservative therapy. *Spine* 5, 324–330, 1980
- WIESEL SW, TSOURMAS N, FEFFER HL, CITRIN CM, PATRONAS N: A study of computer assisted tomography. The incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine* 9, 549–551, 1984

## G.3 Rheumatoide Arthritis

HELLMUTH FREYBERGER, HARALD J. FREYBERGER

### 1. Definition, Symptomatik, Verlauf

Die rheumatoide Arthritis ist eine chronische, zumeist schleichend beginnende Entzündung, die wahrscheinlich den Autoimmunkrankheiten zuzurechnen ist. Die entzündlichen Prozesse, die vor allem die Schleimhaut (Membrana synovialis) der Gelenkhöhlen betreffen, äußern sich wie folgt: Morgensteifigkeit und Bewegungsschmerz in einem oder mehreren Gelenken, Schwellung in mindestens einem oder mehreren Gelenken mit häufig symmetrischem Beginn in den Zehen-, Finger- und Handgelenken, zusammen mit später fortschreitend-zentripetalem Gelenkbefall sowie typischen röntgenologischen Veränderungen. Der Verlauf der rheumatoiden Arthritis ist meistens schubweise-progredient, führt zur Funktionseinbuße der erkrankten Gelenke

(progrediente Verlaufsform 60 bis 70 Prozent) und schließlich auch zur Zerstörung der Gelenkstrukturen (maligne Verlaufsform etwa 12 %). Bei 20 Prozent der Patienten tritt nicht nur eine vorzeitige Invalidisierung ein, sondern auch eine erhöhte Mortalität. Diese Patienten sterben an schweren extraartikulären Organmanifestationen (Amyloidose, Kardiitis, Lungenfibrose, zervikale Dislokationen) oder indirekten Komplikationen der Krankheit (insbesondere Folgen der Therapie mit Steroiden). Es werden auch monate- bis jahrelange Remissionen (intermittierende Verlaufsform etwa 20 Prozent) beobachtet. Bei optimaler Behandlungsführung bleiben 15 Jahre nach Krankheitsbeginn mindestens 50 Prozent der Rheumapatienten arbeitsfähig (HARTMANN u. ZEIDLER, 1990). Für die Quantifizierung der Schwere und/oder des Verlaufes eignet sich der Kriterienkatalog zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit, der durch die

*Tabelle 1:* Klassifikation der rheumatoiden Arthritis hinsichtlich der Funktions- und Arbeitsfähigkeit (nach Hartmann et al., 1990).

| Grad | Definition                                | Charakteristik  |
|------|---|---|
| I.   | Volle Aktivität                           | Voll arbeitsfähig, uneingeschränkte Hausarbeit.   |
| II.  | Geringe bis mäßige Einschränkung          | Arbeitsfähig mit leichteren Modifikationen, unabhängig von fremder Hilfe, alle Hausarbeiten außer schweren. |
| III. | Starke Einschränkung                      | Nur sehr leichte Arbeit oder Hausarbeit, teilweise abhängig von Hilfspersonen.                              |
| IV.  | Ausgeprägte Funktionsstörung, Invalidität | 100prozentig arbeitsunfähig, abhängig von Hilfspersonen   |

American Rheumatism Association erstellt wurde (Tab. 1).

## 2. Epidemiologie

Die rheumatoide Arthritis kommt weltweit gleich häufig bei allen Rassen und sozialen Schichten vor. Ihre Prävalenz beträgt 0,1 bis 0,5 Prozent, ihre Inzidenz wird auf 0,3 bis 0,6 Prozent geschätzt. Sie nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Frauen erkranken dreimal häufiger als Männer; bei der Erstmanifestation jenseits des 60. Lebensjahres sind Frauen und Männer in gleicher Häufigkeit betroffen.

## 3. Klinisch-psychosomatischer Aspekt

Klinisch-psychosomatische Aspekte zur rheumatoiden Arthritis betreffen einerseits die psychosozialen Auslösesituationen und Konfliktbereiche sowie andererseits die krankheitsreaktiven Probleme und deren Bewältigung.

### 3.1 Psychosoziale Auslösesituationen und Konfliktbereiche

WEINER (1977) stellte anhand einer Literaturübersicht fest, daß die rheumatoide Arthritis durch psychosoziale Situationen im Sinne von unbewältigten Objektverlusterlebnissen ausgelöst werden kann. Diese Möglichkeit der psychosozialen Auslösung betrifft sowohl die Erstmanifestation als auch die Rezidive. RIMON et al. (1969, 1985) beobachteten in einer 16-Jahreskatamnese zwischen 1969–1985 100 rheumatoide Arthritispatientinnen, die weniger als sieben Jahre vor Projektbeginn erstmals erkrankt waren. Diese Patientinnen wurden – zusammen mit einer gleich großen Kontrollgruppe – wiederholt anhand von psychodynamischen Interviews und psychologischen Tests untersucht. Aufgrund ihrer Befunde unterschieden die Autoren zwei Gruppen von rheumatoiden Arthritispatientinnen. Einerseits handelte es sich um 50 Frauen mit

charakteristischen psychosozialen Auslösesituationen (65 %), die deutlich depressiv waren. Hier sprechen RIMON et al. (1985) von «konfliktspezifischen Modalitäten auf der Basis unbewältigter Objektverlusterlebnisse». Andererseits gab die zweite Patientinnengruppe weniger häufig auslösende psychosoziale Situationen (15 %) und seltener Anhaltspunkte für depressive Verläufe an. Auch beobachteten RIMON et al. bei der ersten Patientinnengruppe objektiv gravierendere Arthritisverläufe insbesondere dann, wenn diese im engen zeitlichen Zusammenhang mit ausgeprägten Konfliktsituationen begonnen hatten. Umgekehrt stellten die Autoren bei ihren Patientinnen wiederholt eine deutliche Besserung der rheumatoiden Arthritis fest, wenn sich die Konfliktdynamik abgeschwächt hatte.

FEIGENBAUM et al. (1979) führten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis eine prospektive Studie durch und fanden, daß seelische Belastungen eine nachteilige Wirkung auf den Krankheitsverlauf besaßen: Patienten mit deutlich progredienter Krankheitsentwicklung waren jahrelang psychischen Stressoren ausgesetzt gewesen, während Patienten mit weniger fortschreitendem Krankheitsverlauf viel seltener (40 %) unter äußerem Belastungsdruck gestanden hatten. BAKER (1982) untersuchte 22 Patienten, bei denen seit weniger als 12 Monaten klinisch der Verdacht auf eine beginnende rheumatoide Arthritis vorgelegen hatte, aber erst ein Jahr später endgültig diagnostiziert wurde. 15 dieser Patienten gaben – anders als die Kontrollgruppe – auslösende seelische Belastungssituationen an. RÜGER und SCHÜSSLER (1994) bemühten sich um die Klassifizierung von psychodynamischen Konflikten bei rheumatoiden Arthritispatienten. Ausgehend von 50 psychiatrisch, tiefenpsychologisch und testpsychologisch untersuchten Patienten fanden sie bei 38 Prozent persönlichkeitspezifische Konflikte (im Sinne von «Versuchungs- und Versagungskonflikten»), ohne daß sich ein einheitliches Konfliktmuster ergab. Unspezifische Konflikte (im Sinne von sog. «life events») wurden bei 44 Prozent der Patienten diagnostiziert. Demgegenüber wiesen 19 Prozent der Patienten keine Konflikte auf. Diese letzte

Patientengruppe zeigte nach RÜGER und SCHÜSSLER – übereinstimmend mit den Befunden von RIMON et al. sowie FEIGENBAUM et al. – einen günstigeren somatischen Krankheitsverlauf.

### 3.2 Krankheitsreaktive psychosoziale Probleme und deren Bewältigung

RASPE (1990) konstatierte bei rheumatoiden Arthritispatienten ausgeprägte krankheitsreaktive seelische und soziale Belastungen: Notwendigkeit beruflicher Neuorientierung, finanzielle Einbußen, eheliche Schwierigkeiten, reduzierte Freizeitaktivitäten und körperliche Deformierungen. Ihren Leidensdruck bewältigen die Patienten einerseits intrapsychisch durch Verleugnungsarbeit (s. Kap. III.F). Andererseits finden sich häufig Versuche einer handlungsbezogenen Bewältigung im Sinne des «Sich-Zusammenreißen» (SCHÜSSLER et al., 1988, GÜNTHER et al., 1991). Zu diesen Modalitäten gehört auch die Suche nach sozialer Unterstützung. Ferner sollen aber auch gehäuft «Züge unerschütterlicher Geduld, Sich-Fügen in das Schicksal und Genügsamkeit, Indolenz, Perfektionismus» vorkommen (TRESS, 1994), wie es den früheren Befunden von ALEXANDER (1977) entspricht. Für eine Häufung dieser Verhaltensweisen bei rheumatoiden Arthritispatienten liegen jedoch keine empirischen Belege vor.

## 4. Psychotherapie

### 4.1 Psychosomatische Grundversorgung

Nach RASPE (1990) wird ein Arzt der Primärversorgung jeweils nur wenige Patienten mit rheumatoider Arthritis zu betreuen haben (etwa 1%). Insbesondere gilt auch für diese Patienten jener *supportiv-psychotherapeutische Ansatz*, der bei chronisch körperlich Kranken angezeigt ist und der *ergänzende systemische Gespräche* einschließen kann (s. Kap. III.F). Dementsprechend steht die «strukturierte, vorhersehbare und zuverlässige interpersonale Beziehung» (SCHOCHET et al., 1969) im Mittelpunkt, die weitere Interventions-schritte umfaßt (Tab. 2). Es geht vor allem um die wiederholte Thematisierung des krankheitsreaktiven Leidensdruckes. MCFARLANE et al. (1987) fanden nämlich anhand einer dreijährigen Verlaufsbeobachtung, daß die Krankheitsprognose bei rheumatoiden Arthritis-Patienten eine bessere war, wenn diese regelmäßig ihre reaktiv-depressiven Gefühle und Ängste zu äußern vermochten. Infolge dessen konnten sie auch ihre krankheitsreaktiven Probleme deutlicher sehen und sich deshalb vermehrt mit ihnen auseinandersetzen. Auch ist wichtig, beim Patienten die Bereitschaft zu psychoedukativen Schulungsprogrammen zu fördern. Die krankheitsspezifisch strukturierten Schulungskonzepte, die meistens in Gruppen durchgeführt werden, ermöglichen eine gesteigerte Informationseingabe, die selbständige Durchführung von Bewe-

Tabelle 2: Psychosomatische Grundversorgung und weiterführende Psychotherapie bei rheumatoider Arthritis.

| Psychosomatische Grundversorgung |   | Weiterführende Psychotherapie                             |
|----------------------------------|---|---|
| 1.                               | Thematisierung des krankheitsreaktiven Leidensdruckes | Verhaltenstherapie  |
| 2.                               | Anregung zur Akzeptanz des Schulungsprogrammes        | Tiefenpsychologisch-krankheitsorientierte Gruppentherapie |
| 3.                               | Anregung zur Suche nach sozialer Unterstützung        |   |
| 4.                               | Thematische Fokussierung: auslösende Situationen      |   |

gungsübungen und die Benutzung von ergotherapeutischen Hilfen sowie den complianten Umgang mit Medikamenten (insbesondere Steroiden). Das Vertrauen des Patienten in seine therapeutische Kompetenz nimmt auf diese Weise beträchtlich zu. Ferner sollte der Patient aufgefordert und ermuntert werden, möglichst soziale Hilfen in Anspruch zu nehmen, wie z. B. Partner und/oder Familienmitglieder, Ärzte, Psychosomatiker und klinische Psychologen, Angehörige medizinischer Assistenzberufe sowie poliklinische Institutionen; ebenso bietet sich die Selbsthilfegruppe «Deutsche Rheumaliga»/DRL (s. Kap. V.C) an. Schließlich sollten regelmäßig drohende oder reale Objektverluste fokussiert werden. In diesem Zusammenhang können klärende Einzelgespräche sowie Partner- und/oder Familiengespräche nicht nur drohenden Objektverlusten vorbeugen, sondern auch nach deren Manifestation die Bewältigung des Verlusterlebnisses fördern (s. Kap. III.D). Wenn die jetzt zutage tretenden Konflikte eine sehr komplexe psychodynamische Struktur aufweisen, ist die Überweisung zum Fachpsychotherapeuten angezeigt.

Die Verwirklichung dieser vier Schritte der psychosomatischen Grundversorgung ist deshalb so wichtig, weil empirische Daten dahingehend vorliegen, daß nicht nur die frühzeitige Gabe von langfristigen Antirheumatika und die konsequente Übungstherapie, sondern auch das Ausschöpfen aller psychosozialen Interventionsmöglichkeiten die Individualprognose des Patienten wesentlich verbessern können (ZEIDLER, 1986).

## 4.2 Weiterführende Psychotherapie

LEIBING et al. (1994) behandelten in einer kontrollierten, kognitiv orientierten Studie 79 Patienten mit rheumatoider Arthritis mit dem Ziel der Schmerzbewältigung. Thematisch betraf die Gruppenarbeit ausführliche Informationen zur Entstehung und Beeinflussbarkeit von Schmerzen, das Erlernen von Entspannungsverfahren und Imaginations-techniken sowie Gespräche zur Krankheitsbewältigung. Ausgehend von dem Behandlungsangebot profitierten kurzfristig alle

Patienten, die für das Therapieprogramm motiviert werden konnten und kontinuierlich teilgenommen hatten. Katamnestisch ergab sich, daß auch längerfristig ein Behandlungserfolg gegeben war, wenn die Patienten die erlernten Entspannungs- und Imaginationsübungen nach Abschluß der Gruppentherapie zu Hause weitergeführt hatten. Insbesondere blieben die erzielten Behandlungseffekte bei denjenigen Patienten stabil, die bereits vor der Therapie mehr «positives Umbewerten» und weniger «resignativ-emotionales Coping» als Bewältigungsform aufwiesen. Im einzelnen zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Bereiche «Schmerz» und «Depression», während sich die körperlichen Funktionseinschränkungen nur teilweise besserten (z. B. Rückgang der Gelenkschwellung). Patienten mit katamnestisch instabilen Behandlungseffekten zeigten gehäuft *neurotische Störungen*, die schon vor Erkrankungsbeginn nachweisbar gewesen waren. Sie hatten psychosoziale Konflikte, wodurch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und die Fortsetzung der Entspannungsübungen erschwert wurden. Deshalb stellt bei diesen Patienten in der Sicht von LEIBING et al. die alleinige Durchführung des Schmerzbewältigungsprogrammes nicht die Methode der Wahl dar. Vielmehr sind dann weiterführende Maßnahmen im Sinne der *psychodynamischen Therapie* angezeigt. Daher betrachten die Autoren die initiale kognitiv-orientierte Gruppenpsychotherapie auch als motivationsfördernd für eine nachfolgende psychodynamische Behandlung.

RÜGER und SCHÜSSLER (1994) führten *tiefenpsychologisch-krankheitsorientierte Gruppentherapien* durch mit dem Ziel einer Verbesserung der psychischen Adaptation des Patienten angesichts seiner Erkrankung, ohne dabei aber die individuelle Konfliktdynamik zu vernachlässigen.

## Literatur

- ALEXANDER F: Psychosomatische Medizin, 3. Aufl., De Gruyter, Berlin 1977  
 BAKER GHB: Life events before the onset of rheumatoid arthritis. *Psychother Psychosom* 38, 173–177, 1982

- HARTMANN F, ZEIDLER H: Chronische Polyarthrit. In ZEIDLER H (Hrsg.) *Rheumatologie, Innere Medizin der Gegenwart*, S. 371–392, 1989, Urban & Schwarzenberg, München 1981
- FEIGENBAUM SL, MAST AT, KAPLAN SB: Prognosis in rheumatoid arthritis: A longitudinal study of newly diagnosed adult patients. *Am J Med* 66, 377–384, 1997
- GÜNTHER V, SCHETT P, KINIGADNER U, MUR E: Streß- und Krankheitsbewältigungsverhalten von Patienten mit chronischer Polyarthrit. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 372–378, 1991
- HARTMANN F, ZEIDLER H: Chronische Polyarthrit. In ZEIDLER H (Hrsg.) *Rheumatologie*, S. 390, Urban & Schwarzenberg, München 1990.
- LANGER EH: Der Grundkurs «chronische Polyarthrit» des Arbeitskreises Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. *Akt Rheumatol* 19, 3–13, 1994.
- LEIBING E, SCHÜSSLER G, RÜGER U: Prognosekriterien einer verhaltenstherapeutischen Schmerzbehandlung in Gruppen bei rheumatoider Arthritis. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44, 46–52, 1994
- McFARLANE AC, KALUCY RS, BROOKS PM: Psychological predictors of disease course in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 31, 757–764, 1987
- RASPE H: Chronische Polyarthrit. In VON UEXKÜLL Th et al. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, S. 815, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- RIMON R: A psychosomatic approach to rheumatoid arthritis: A clinical study of 100 female patients. *Acta Rheum Scand* 13, 1–154, 1969
- RIMON R, LAAKSO RL: Life stress and rheumatoid arthritis: A 15-year follow up study. *Psychother Psychosom* 43, 32–37, 1985
- RÜGER U, SCHÜSSLER G: Psychosomatische Aspekte und Ergebnisse zur rheumatoiden Arthritis und Fibromyalgie. *Z Psychosom Med* 40, 280–304, 1994
- SCHOCHET B, LINSANSKY E, SCHURART A, FIOCCO V, KURLAND S, POPE DM: A medical psychiatric study of patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatics* 10, 271–280, 1969
- SCHÜSSLER G, SPIESS K, RÜGER U: Krankheitsbewältigung bei der rheumatoiden Arthritis. *Z Psychosom Med* 34, 315–323, 1988
- TRESS W: *Psychosomatische Grundversorgung*, S. 79, Schattauer, Stuttgart 1994.
- WEINER H: *Psychobiology and human disease*. Elsevier, Amsterdam 1977
- ZEIDLER H: Früherkennung der chronischen Polyarthrit. Ändert eine Frühbehandlung den Verlauf? *Internist* 27, 185–191, 1986



## H. Diabetes mellitus

REINHARD LIEDTKE

Der Diabetes mellitus ist eine erbliche chronische Stoffwechselerkrankung, die auf einen absoluten oder relativen Insulinmangel zurückzuführen ist. Die Diagnose läßt sich durch die Feststellung einer pathologischen Erhöhung der Blutglukosekonzentration sichern. Je nach Schweregrad des Diabetes ist eine Behandlung mit Diät allein oder zusätzlich mit oralen Antidiabetika bzw. mit Insulin erforderlich. Die Prognose wird durch Zweiterkrankungen oder Komplikationen bestimmt, die zu einem wesentlichen Teil von der Qualität der Diabetesbehandlung beeinflußt werden (MEHNERT, 1990).

Die Hyperglykämie führt zur Glukosurie und zur Polyurie (übermäßige Harnausscheidung), woraus sich das Leitsymptom Polydipsie (gesteigertes Durstgefühl mit übermäßiger Flüssigkeitsaufnahme) erklärt. Die allgemeine Schwäche und vorübergehende Gewichtsabnahme des Diabetikers gehen auf die gestörte Eiweißsynthese und die Einschmelzung von körpereigenem Protein (Muskelschwund, negative Stickstoffbilanz), auf die Glukose-, Elektrolyt- und Wasserverluste im Harn (Exsikkose) sowie auf den Abbau des Fettgewebes und seine Folgen (Ketoazidose) zurück.

Nach WHO-Klassifikation wird bei der genuinen Zuckerkrankheit zwischen dem insulinabhängigen Typ-I-Diabetes (IDDM = insulin dependent diabetes mellitus) und dem Typ-II-Diabetes (NIDDM = non insulin dependent diabetes mellitus, Typ IIa ohne Adipositas, Typ IIb mit Adipositas) unterschieden. Der Typ-I-Diabetes tritt überwiegend im jüngeren Lebensalter auf, wird aber

gelegentlich auch erst im höheren Lebensalter manifest. Umgekehrt kann der Typ-II-Diabetes, der vor allem bei über 40jährigen festzustellen ist, in seltenen Fällen auch bei sehr jungen Patienten auftreten. Beim Typ-I-Diabetes ist Insulin zur Vermeidung der Ketoazidose erforderlich; allerdings muß manch ein Typ-II-Diabetiker im Laufe seines Lebens auch mit Insulin behandelt werden, so daß neben der Insulinabhängigkeit zusätzliche Unterscheidungsmerkmale gelten.

Der Typ-I-Diabetes kommt wesentlich seltener vor und wird in geringerem Maße vererbt als der Typ-II-Diabetes. Auf etwa 20 Typ-II-Diabetiker kommt ein Diabetiker vom jugendlichen Typ. In den letzten Jahren sind zunehmend die Faktoren Virusinfektion und Autoimmunerkrankung bei der Pathogenese des Typ-I-Diabetes als wirksam erkannt worden. Die Hauptmanifestationsursache des Typ-II-Diabetes ist die Übergewichtigkeit (vgl. Kap. IV.D) infolge Fehlernährung. Streßsituationen, Schwangerschaften, bakterielle Infektionen u. ä. können ebenfalls auslösend auf die Manifestation eines Diabetes wirken, stehen aber in ihrer Bedeutung weit hinter dem Manifestationsfaktor Fettsucht zurück (MEHNERT, 1990).

Der Diabetes im jugendlichen Alter weist eine Manifestationshäufigkeit um das 7. und 12. Lebensjahr auf; Geschlechtsunterschiede bestehen nicht. Die Häufigkeit des Diabetes steigt mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern an. Insgesamt wird für die Morbidität eine Geschlechterrelation von 3:2 (Frauen zu Männern) angegeben.

Der Diabetes mellitus führt häufig zur Entwicklung einer spezifischen Mikroangio-

pathie, besonders an Auge und Niere, sowie auch verstärkt zu makroangiopathischen Veränderungen, vor allem am Herzen und an den peripheren Gefäßen.

## 1. Psychosoziale Faktoren und Ausbruch des Diabetes

CANNON wies 1929 nach, daß psychische Erregung wie Wut, Angst und Schmerz zu einer erhöhten Katecholaminausschüttung und damit zu einer Verminderung der Insulinsekretion führt. Die entstehende Hyperglykämie führt bei Überschreitung der Nierenschwelle zur Glukosurie. Die von CANNON gefundenen Zusammenhänge zwischen emotionaler Erregung und endokrinen Reaktionen sind in der Folgezeit vor allem in der Streßforschung weiter untersucht worden. Durch *Stressoren* aller Art (vgl. Kap. II.B; z.B. Infektionen, Operationen) können der Insulinbedarf erhöht und die Stoffwechsellage verschlechtert werden. Nach MEHNERT (1990) soll die Bedeutung psychischer Stressoren nicht überschätzt werden, obwohl sich zweifellos Aufregung, Angst und Spannungszustände gerade bei jugendlichen Insulinmangeldiabetikern kurzfristig sehr nachteilig auf das Stoffwechselgeschehen auswirken können. Als Ursache eines Diabetes werde man aber eine psychische Alteration nicht anerkennen können.

GROEN (1976) betont, wie oft er von Diabetespatienten die Erklärung zu hören bekam, daß die Krankheit aus einer Situation von Vereinsamung und der Verzweiflung über das Nicht-verstanden-Werden hervorgegangen war. Solche anamnestischen Angaben bzw. klinischen Erfahrungsberichte können fraglos auch das Bedürfnis der Patienten widerspiegeln, im nachhinein eine Erklärung für das Auftreten der Erkrankung zu finden. Sie waren und sind Anlaß, den Zusammenhang zwischen Krankheitsbeginn und möglichen manifestationsfördernden psychosozialen Faktoren genauer zu untersuchen, ohne freilich die grundsätzliche Problematik retrospektiver Studien aufheben zu können. So untersuchten ROBINSON

und FULLER (1985) die Rolle *belastender Lebensereignisse* (life events) beim Ausbruch des Typ-I-Diabetes, indem sie Diabetespatienten mit Geschwistern und Kontrollpersonen aus der Nachbarschaft verglichen. Für die Diabetespatienten wurde ein höheres Ausmaß belastender Lebensereignisse und Probleme in einem bestimmten Zeitraum vor Diagnosestellung als für die beiden Kontrollgruppen ermittelt. LEAVERTON et al. (1980) führten semistrukturierte Interviews mit 37 insulinbehandelten Kindern und deren Eltern durch. Elternverluste durch Scheidung, Trennung oder Tod vor Diagnose des Diabetes waren signifikant häufiger als bei der Kontrollgruppe. Diabetische Kinder mit Elternverlusten und familiären Problemen mußten im Gegensatz zu jenen aus «intakten» Familien wiederholt hospitalisiert werden (vgl. WHITE et al., 1984).

Die psychosomatischen Untersuchungen von CREMERIUS (1978) über die Ätiologie des Altersdiabetes basieren auf tiefenpsychologischen Explorationen und Behandlungen einer Spezialgruppe von Patienten, bei denen das Übergewicht dem Diabetes viele Jahre vorausging. Die *Fettsucht* wird als Folge einer seelisch bedingten Freßsucht gesehen. Essen dient als Kompensation für frühkindlichen Mangel an Nahrung, Geborgenheit und Liebe; die Freß-Fettsucht wird als Körpersymptom begriffen, das dem Patienten helfen soll, die tieferliegende Depression zu bewältigen. Der Diabetes wird manifest, wenn es dem Eßtrieb nicht mehr gelingt, den neurotischen Grundkonflikt zu kompensieren. Die Dekompensation des Freß-Fettsucht-Gleichgewichtes wird nach CREMERIUS durch sympathikotone Angstzustände und paranoische Kampfstimungen, welche durch bestimmte Konfliktsituationen aus der Latenz in die aktuelle Intensität überführt werden, verursacht. Diese Argumentation gewinnt ihre Plausibilität unter zwei Voraussetzungen: Die genetische Disposition macht den Organismus in Verbindung mit der Adipositas diabetesanfällig. Erfolgt nun durch (paranoische) Angst eine Änderung des Stoffwechsels, kann es unter den genannten Vorbelastungen zur Krankheitsmanifestation kommen.

## 2. Zum Persönlichkeitsbild von Diabetespatienten

Nach einer Studie von SWIFT et al. (1967) wiesen die 50 untersuchten juvenilen Diabetespatienten im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe unter anderem größere Abhängigkeits-/Unabhängigkeitsprobleme, eine beeinträchtigte Selbstwahrnehmung, ausgeprägtere Angst und Feindseligkeit, stärkere orale Präokkupation und schlechtere soziale Anpassung auf. Auf methodische Schwächen dieser und anderer Studien hinweisend faßt JOHNSON (1980, vgl. HELZ u. TEMPLETON, 1990) in einer sorgfältigen Übersichtsarbeit die vielfältigen Bemühungen, differentielle Persönlichkeitszüge zu erfassen, dahingehend zusammen, daß lediglich Probleme unter Gleichaltrigen bzw. in sozialen Beziehungen mit einiger Übereinstimmung berichtet werden. Auch nach einer Untersuchung von STEINHAUSEN und BÖRNER (1978), die über 50 juvenile Diabetiker mit gesunden Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage verschiedener psychologischer Tests und Persönlichkeitsfragebogen verglichen, unterscheidet sich deren Persönlichkeit nicht von der gesunder Kontrollpersonen. Die manchmal fast als zwangsläufig angesehene Persönlichkeitsbeeinträchtigung diabetischer Kinder und Jugendlicher konnte nicht festgestellt werden (vgl. AHNSJÖ et al., 1981). Auch das erlebte Erziehungsverhalten der Eltern unterscheidet die beiden Gruppen nicht.

DUNN und TURTLE (1981) resümieren, daß die klinische Heterogenität des Diabetes ihre Entsprechung in der *psychologischen Heterogenität* der Kranken findet. Die häufig bei erwachsenen Diabetikern feststellbare Depressivität wird ebenso bei anderen chronischen Erkrankungen beobachtet und kann somit auch nicht Grundlage einer «diabetischen Persönlichkeit» sein.

## 3. Psychosoziale Faktoren und Verlauf des Diabetes

Während sich die Ansicht, daß psychische Faktoren wesentlich an der Auslösung eines Diabetes beteiligt sein können, nicht allge-

mein durchgesetzt hat, ist deren mögliche Bedeutung für den Verlauf und die Kontrolle der Stoffwechselerkrankung weniger umstritten.

Auch wenn die meisten Kinder mit insulinabhängigem Diabetes psychosozial als gut angepaßt gelten, sind zahlreiche Studien unter der Fragestellung durchgeführt worden, ob und welche emotionalen Faktoren die Stabilität bzw. Labilität des Typ-I-Diabetes beeinflussen können. ORR et al. (1983, 1986) untersuchten 15 Jugendliche mit metabolisch schlecht kontrolliertem Diabetes und stellten ein häufiges Vorkommen familiärer und psychosozialer Probleme (exzessives Fehlen in der Schule, Depression, soziale Isolation) fest. Sie berichten ferner über sechs Jugendliche mit heimlicher Insulin-Verabreichung im Zusammenhang mit psychiatrischen Störungen wie Depressionen und in suizidaler Absicht bei zwei Patienten (vgl. Kap. IV.L). WHITE et al. (1984) bezogen 30 Kinder und Jugendliche mit instabilem Diabetes und deren Familie in eine retrospektive Untersuchung ein. Nur eine Minderzahl der Ketoazidose-Episoden meinen sie allein auf interkurrente Erkrankungen oder mangelhafte Compliance zurückführen zu können. Die Mehrzahl der Kinder lebte in Familien mit erheblichen psychosozialen Schwierigkeiten; viele Kinder wiesen Verhaltens- und Persönlichkeitsprobleme auf. Die Autoren folgern, daß *psychosoziale Belastungen in Familien mit eingeschränkter Problemlösungsfähigkeit* einen bedeutenden Faktor bei gravierender diabetischer Instabilität darstellen.

Die meisten derartigen Studien gelangen zu dem Schluß, daß schlechte emotionale und soziale Anpassung des betreffenden Patienten und/oder seiner Familie häufiger mit schlechter Kontrolle des Diabetes verbunden ist. Einschränkend ist jedoch anzumerken, daß die beschriebenen psychosozialen Probleme zumindest teilweise auch als Auswirkungen eines instabilen Diabetes auf den Patienten und sein familiäres Umfeld begriffen werden können. Eine zweifelsfreie Unterscheidung in Ursache und Wirkung ist schwierig (vgl. JOHNSON, 1980).

Die Arbeitsgruppe um MINUCHIN (1983) untersuchte neun Familien mit psychosomatisch-diabetischen Kindern, bei denen der behandelnde Kinderarzt die

Diagnose «psychosomatisch» stellte. Es gab keine organischen oder physiologischen Gründe dafür, daß die Krankheit sich nicht unter Kontrolle bringen ließ. Fehlende Fähigkeit zur Konfliktlösung, Verstrickung, Überfürsorglichkeit und Starrheit sind nach MINUCHIN et al. die entscheidenden Interaktionsmerkmale «psychosomatischer Familien», die in ihrer Gesamtheit die Somatisierung zumindest fördern. Durch Messungen der Konzentration der freien Fettsäuren (FFS) im Blut ließ sich zeigen, daß die psychosomatisch-diabetischen Kinder emotional gewissermaßen «mit zu hoher Drehzahl» auf den Familienkonflikt im Rahmen eines familiendiagnostischen Interviews reagierten und daß sich ihre Fähigkeit zum «Ausschalten», nachdem sie einmal in den Familienkonflikt hineingezogen waren, als stark beeinträchtigt erwies. Das Phänomen des Rückganges des FFS-Spiegels bei einem Elternteil und des gleichzeitigen Anstiegs dieses Wertes beim betreffenden Kind von dem Augenblick an, wo es in die Situation eintrat, stützte die Hypothese der Untersucher, daß der Krankheit in diesen Familien eine besondere Rolle zukommt: Die elterliche Erregung kann durch die Beteiligung des Kindes gemildert werden; der Preis ist die Aufrechterhaltung des Symptoms.

#### 4. Psychosoziale Interventionen

Insulinsubstitution, Diät und körperliche Aktivität gelten als «klassische Säulen» der Therapie des (juvenilen) Diabetes mellitus. Die *Diabetikerschulung* wird als «vierte Säule» bezeichnet und soll Patient und Eltern befähigen, selbstverantwortlich die Diabetesbehandlung zu übernehmen. Eine eigenständige *psychologische Betreuung* des Diabetikers durch einen Psychologen oder psychotherapeutisch ausgebildeten Arzt als «fünfte Säule» der Diabetestherapie wird als notwendig angesehen und soll unmittelbar nach der Manifestation einsetzen (HÜRTER u. HÜRTER, 1980; vgl. PETERMANN, 1995). Die Konfrontation mit der Diagnose einer das ganze Leben begleitenden Erkrankung und die Information über die notwendigen Behandlungsmaßnahmen führen zu einer tiefen Verunsicherung des Kindes und der Eltern. Kinder im Schulalter glauben nicht selten, sie hätten durch zu viele Süßigkeiten die Zuckerkrankheit selbst verursacht. Eltern wiederum können der Meinung sein, daß ein Fehlverhalten auf ihrer Seite den Ausbruch der Erkrankung gefördert hat. Familiengespräche gleich nach Diagno-

sestellung und später bei diabetesbedingten Konflikten sind zu empfehlen.

Aus einer Compliance-Untersuchung an 60 Typ-I-Diabetikern im Alter von 10 bis 16 Jahren geht hervor, daß vor allem die Behandlungselemente Diät und Selbstkontrolle sowie Teilaspekte der Insulintherapie problematisch sind (DEAK u. BAUMANN, 1989). Die Diätvorschriften waren vor allem in Verbindung mit spezifischen Situationen, wie «ohne Aufsichtsperson» bzw. in Gruppensituationen mit gesunden Kindern, schwer einzuhalten. Weitere nicht leicht zu befolgende Vorschriften waren die Anpassung der Insulindosis an den physiologischen Bedarf, die Durchführung von Urin- und Blut-Selbstkontrollmaßnahmen – insbesondere in Verbindung mit Situationen wie Krankheit und Urlaub sowie während des Schulbesuches und in Perioden mit stärkeren Stoffwechselschwankungen. Ferner bereiteten regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen (Augenkontrollen, Bestimmung der Langzeit-Blutglukose) Compliance-Probleme. Seltener Problemgebiete, die jedoch einer spezifischen Behandlung bedürfen, stellen nach STRIAN und WAADT (1994) unangemessene Hypoglykämieangst, Insulinmißbrauch, Eßstörungen und Nadelphobien dar.

Neben *Familiengesprächen* haben sich nach HÜRTER und HÜRTER (1980) auch *Gruppengespräche* mit Eltern diabetischer Kinder, mit Eltern und Kindern gemeinsam und nur mit betroffenen Kindern und Jugendlichen bewährt. Altersbedingte Unterschiede der krankheitsbezogenen psychologischen Probleme der Kinder sind bei der Betreuung zu berücksichtigen. Jüngeren diabetischen Kindern mangelt es an Einsichtsfähigkeit in die Schwere der Erkrankung; für Kinder über 12 Jahre ist die Verleugnung, Diabetiker zu sein, nicht mehr möglich. Wegen ihrer Verselbständigungsbestrebungen sind ältere diabetische Kinder und Jugendliche eher im Einzelgespräch bereit, ihre Probleme zu erörtern. Bei neurotischer Fehlentwicklung ist die Symptomatik (z. B. gesteigerte Extraversion mit Omnipotenzgefühlen als Abwehr eines verminderten Selbstwertgefühls durch die als Kränkung erlebte Krankheit oder unbewußte Suizidversuche durch grobe Mißachtung therapeutischer Maßnahmen) vom Diabetes geprägt und eine längerdauernde Psychotherapie angezeigt.

Adoleszente Diabetiker benötigen *Information* und *Beratung*, wenn es um Fragen der Berufswahl (Selbst- und Fremdgefährdung

durch Stoffwechselentgleisung), Partnerbeziehung, Sexualität und des Kinderwunsches (Probleme der Schwangerschaft bei diabetischen Frauen) geht. Störungen der Sexualfunktion können bei Diabetikern im Erwachsenenalter auftreten. Mehrere Untersucher haben auf ein häufigeres Vorkommen sexueller Störungen bei diabetischen Frauen (z. B. Anorgasmie, verminderte vaginale Lubrifikation) im Vergleich mit Nichtdiabetikerinnen hingewiesen. Andere Untersucher konnten diese Befunde nicht bestätigen, so daß die Frage als nicht ausreichend geklärt gelten muß. Untersuchungen über die Häufigkeit sexueller Störungen bei diabetischen Männern wurden von zahlreichen Arbeitsgruppen durchgeführt. Nach NEUBAUER et al. (1994) leidet knapp die Hälfte (47 %) aller männlichen Diabetiker an sexuellen Störungen, vor allem Erektionsstörungen – bei anfangs meist nicht vermindertem sexuellen Interesse. Mit ansteigendem Lebensalter zeigt sich eine annähernd lineare Zunahme der Prävalenz sexueller Störungen. Bei durchschnittlich 20 Prozent der impotenten Diabetiker wurde aufgrund entsprechender Untersuchungen eine primär psychische Ursache für die chronisch sexuelle Störung angenommen. Eine scharfe Abgrenzung zwischen der Psychogenese und der Organogenese ist jedoch nicht möglich. Bei psychogenen sexuellen Störungen ist Psychotherapie (analytische oder verhaltenstherapeutische Verfahren) angezeigt; bei chronischen organischen sexuellen Störungen sollte zunächst eine Aufklärung über die organische Ursache erfolgen.

Im Schrifttum liegen mehrere Berichte über *Einzelpsychotherapien* diabetischer Patienten mit Verbesserung der Stoffwechselkontrolle vor (z. B. MORAN u. FONAGY, 1987; HELZ u. TEMPLETON, 1990). In Europa begannen 1974 PELSER, GROEN und Mitarbeiter (1979), erwachsene Typ-I- und -II-Diabetiker zur Langzeitbetreuung in Gruppen zusammenzufassen; TATTERSALL et al. (1985) informieren in einer Zusammenschau über verschiedene *gruppentherapeutische Aktivitäten* in der Behandlung des Diabetes. HAENEL et al. (1986) ließen die von ihnen durchgeführten Gruppentherapien mit insulinpflichtigen, vorwiegend erwachsenen Diabetikern durch Frage-

bogen beurteilen. Die Gruppe wurde mehrheitlich als effiziente Maßnahme zur Krankheitsbewältigung betrachtet, in der vor allem die Relativierung der eigenen Krankheitsproblematik und der Erfahrungsaustausch möglich waren. Eine Verstärkung des Krankheitsgefühls durch die Gruppenarbeit wurde von über 90 Prozent der den Fragebogen beantwortenden Patienten verneint. SATIN et al. (1989) erzielten positive Effekte (Stoffwechselkontrolle, Selbstwahrnehmung) mit familienorientierten Gruppeninterventionen von sechswöchiger Dauer bei Typ-I-Diabetikern im Jugendlichenalter. Entspannungsmethoden bzw. Streßreduktionstechniken, wie progressive Muskelrelaxation und elektromyographisches Biofeedback, haben nur teilweise zu einer verbesserten Stoffwechsellage beitragen können (HELZ u. TEMPLETON, 1990).

Bei schlecht einstellbarem Diabetes ist auch an die Möglichkeit der *Kombination* der Stoffwechselerkrankung mit einer *Eßstörung* bzw. Bulimia oder Anorexia nervosa zu denken (LLOYD et al., 1987; STANCIN et al., 1989; STEEL et al., 1989; s. a. Fallbeispiel im Kap. III.C). Bei sechs der elf bulimiekranken Typ-I-Diabetiker von FEIEREIS (1989) fehlte das Erbrechen. Nach Ansicht des Autors wissen diese Patienten offenbar, daß mit Anstieg des Blutzuckers auch die Glukosurie stärker wird, also gewissermaßen ein «Erbrechen über die Niere» das Erbrechen des Mageninhalts ersetzt. Zwei Patienten gaben auch zu, das Gewicht durch Reduktion der Insulindosis zusätzlich zu «kontrollieren». Erst wenn es gelingt, so FEIEREIS, mit Hilfe einer eingehenden biographischen Anamnese oder auch zufällig die Bulimie als zweite Krankheit zu erkennen, eröffnet sich der Weg zur Psychotherapie als notwendige Erweiterung der Behandlung des Diabetes.

Für die Praxis ergeben sich zusammenfassend vor allem zwei Bereiche, die besonderer psychologischer Aufmerksamkeit bedürfen:

1. Die Phase der Diagnoseeröffnung, Information und Schulung.
2. Die Problematik schwer einstellbarer Diabetiker als psychosomatische Risikogruppe. In manchen Fällen kann Psychotherapie im engeren Sinne notwendig sein und den Verlauf entscheidend mitbestimmen.

## Literatur

- AHNSJÖ S, HUMBLE K, LARSSON Y, SETTERGREN-CARLSSON G, STERKY G: Personality changes and social adjustment during the first three years of diabetes in children. *Acta Paediatr Scand* 70, 321–327, 1981
- CANNON WB: Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. 2nd edition, Appleton, New York 1929
- CREMERIUS J: Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1978
- DEAK D, BAUMANN U: Compliance bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-I-Diabetes (juvener Diabetes mellitus). *Psychother Med Psychol* 39, 403–409, 1989
- DUNN SM, TURTLE JR: The myth of the diabetic personality. *Diabetes Care* 4, 640–646, 1981
- FEIEREIS H: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. Marseille, München 1989
- GROEN JJ: Die Psychosomatik der Diabetiker. In JORES A (Hrsg.) *Praktische Psychosomatik*, S. 286, Huber, Bern 1976
- HAENEL T, STAFFELBACH O, BERGER W: Gruppentherapie mit insulinabhängigen Diabetikern. *Schweiz Rundsch Med Praxis* 75, 577–581, 1986
- HELZ JW, TEMPLETON B: Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: A review. *Am J Psychiatry* 147, 1275–1282, 1990
- HÜRTER H, HÜRTER P: Psychologische Betreuung diabetischer Kinder und Jugendlicher und ihrer Eltern. *Monatsschr Kinderheilkd* 128, 11–15, 1980
- JOHNSON SB: Psychosocial factors in juvenile diabetes: A review. *J Behav Med* 3, 95–116, 1980
- LEAVERTON DR, WHITE CA, MCCORMICK CR, SMITH P, SHEIKHO-LISLAM B: Parental loss antecedent to childhood diabetes mellitus. *J Am Acad Child Psychiatry* 19, 678–689, 1980
- LLOYD GG, STEEL JM, YOUNG RJ: Eating disorders and psychiatric morbidity in patients with diabetes mellitus. *Psychother Psychosom* 48, 189–195, 1987
- MEHNERT H: Diabetes mellitus. In MEHNERT H (Hrsg.) *Stoffwechselkrankheiten*, 4. Aufl., S. 115, Thieme, Stuttgart 1990
- MINUCHIN S, ROSMAN BL, BAKER L: Psychosomatische Krankheiten in der Familie, 2. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1983
- MORAN GS, FONAGY P: Psychoanalysis and diabetic control: A single-case study. *Brit J Med Psychol* 60, 357–372, 1987
- NEUBAUER M, ALTWEIN JE, SCHÖFFLING K: Sexuelle Störungen bei Diabetikern. In MEHNERT H, SCHÖFFLING K, STANDL E, USADEL KH (Hrsg.) *Diabetologie in Klinik und Praxis*, 3. Aufl., S. 589, Thieme, Stuttgart 1994
- ORR DP, ECCLES T, LAWLOR R, GOLDEN M: Surreptitious insulin administration in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Med Ass* 256, 3227–3230, 1986
- ORR DP, GOLDEN MP, MYERS G, MARRERO DG: Characteristics of adolescents with poorly controlled diabetes referred to a tertiary care center. *Diabetes Care* 6, 170–175, 1983
- PELSER HE, GROEN JJ, STUYLING DE LANGE MJ, DIX PC: Experiences in group discussions with diabetic patients. *Psychother Psychosom* 32, 257–269, 1979
- PETERMANN F (Hrsg.): Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Ansätze. Hogrefe, Göttingen 1995
- ROBINSON N, FULLER JH: Role of life events and difficulties in the onset of diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 29, 583–591, 1985
- SATIN W, LA GRECA AM, ZIGO MA, SKYLER JS: Diabetes in adolescence: Effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. *J Pediatr Psychol* 14, 259–275, 1989
- STANCIN T, LINK DL, REUTER JM: Binge eating and purging in young women with IDDM. *Diabetes Care* 12, 601–603, 1989
- STEEL JM, YOUNG RJ, LLOYD GG, MACINTYRE CCA: Abnormal eating attitudes in young insulin-dependent diabetics. *Brit J Psychiatry* 155, 515–521, 1989
- STEINHAUSEN HC, BÖRNER S: Kinder und Jugendliche mit Diabetes. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1978
- STRIAN F, WAADT S: Psychosoziale Aspekte und Krankheitsbewältigung. In MEHNERT H, SCHÖFFLING K, STANDL E, USADEL KH (Hrsg.) *Diabetologie in Klinik und Praxis*, 3. Aufl., S. 697, Thieme, Stuttgart 1994
- SWIFT CR, SEIDMAN F, STEIN H: Adjustment problems in juvenile diabetes. *Psychosom Med* 29, 555–571, 1967
- TATTERSALL RB, MCCULLOCH DK, AVELINE M: Group therapy in the treatment of diabetes. *Diabetes Care* 8, 180–188, 1985
- WHITE K, KOLMAN ML, WEXLER P, POLIN G, WINTER RJ: Unstable diabetes and unstable families: A psychosocial evaluation of diabetic children with recurrent ketoacidosis. *Pediatrics* 73, 749–755, 1984

# I. Onkologische Erkrankungen

MARGIT VON KEREKJARTO, THOMAS KÜCHLER, KARL-HEINZ SCHULZ

*Psychoonkologie* ist als ein Teilgebiet der Onkologie zu definieren, welches zum einen den Einfluß einer Krebserkrankung im Hinblick auf psychische Veränderungen des Patienten, seiner Angehörigen sowie des behandelnden Personals untersucht und zum anderen der Frage nach dem Einfluß psychischer Variablen auf das Erkrankungsrisiko und den Verlauf der Erkrankung nachgeht.

## 1. Onkologische Grundlagen

### 1.1 Ätiologie und Pathogenese

Die Onkologie ist die Lehre von den Geschwulstkrankheiten, den Tumorerkrankungen, insbesondere den «böartigen» Neubildungen (Neoplasien). Über 100 einzelne Krankheitsbilder werden in die Kategorie «Krebs» (ICD 140–208) eingeordnet, aber für die Betroffenen handelt es sich um eine Erkrankung. Sie hoffen auf eine mögliche Heilung und fürchten sich vor langem Leiden und vor dem Tod; die Perspektive, mit der Erkrankung leben lernen zu können, haben sie oft nicht vor Augen.

Ebenso wie die körperlichen Prozesse, welche kennzeichnend für diese Gruppe von Erkrankungen sind, bestimmen auch krankheitsbezogene Vorstellungen, Phantasien, Gefühle und soziale Veränderungen die Symptomatik von Tumorerkrankungen mit. Die körperlichen Prozesse werden als traditioneller Gegenstand der Onkologie in onkologischen

Lehrbüchern (z. B. DE VITA et al., 1989) detailliert beschrieben, weniger jedoch die psychologischen Prozesse, welche in der Pathogenese, der Symptomatik und im Verlauf eine Rolle spielen.

Der allgemeinste gemeinsame Nenner für die Gruppe der Krebserkrankungen ist die unkontrollierte, autonome klonale Proliferation einer «entarteten» Zelle. Die Geschwulst entstammt also einer einzelnen Stammzelle, welche klonal expandiert, und deren Wachstum nicht durch äußere Einflüsse reguliert wird.

Damit entzieht sich ein Teil des Körpers der übergeordneten Kontrolle. Weitere Charakteristika maligne transformierter Zellen sind deren Dedifferenzierung (Anaplasie) und ihre Fähigkeit zu diskontinuierlichem Wachstum (Metastasen). Das Kriterium des Fehlens koordinierter Zelldifferenzierung besitzt für die Diagnose einer malignen Erkrankung eine entscheidende Bedeutung. Die Dissemination einzelner maligner Zellen an andere Orte des Körpers bedeutet die entscheidende Erschwernis für die Therapie vieler Tumorformen.

Darüber hinaus entwickelt sich ein einmal entarteter Zellklon (Initiation) im Sinne einer «klonalen Evolution» derart, daß durch eine progressive Akkumulation genetischer und konsekutiv biochemischer Veränderungen die Tumorzellen sowohl gegenüber körpereigenen wie auch therapeutischen Einwirkungen resistenter werden (Promotion). Außerdem erwerben sie eine verstärkte Invasivität sowie eine bessere Fähigkeit zur Absiedelung von Metastasen. Je älter ein Tumor nämlich ist, desto höher ist seine Metastasierungsrate (Progression). Mit weiter zunehmendem «evolutionärem Druck» erlangen die Tumoren darüber hinaus eine Unabhängigkeit von der Zufuhr von Wachstumsfaktoren, indem sie diese selbst produzieren (autokrine Sekretion).

Weder ein Tumor noch dessen Metastasen müssen symptomatisch in Erscheinung treten. In der Mehrzahl der Fälle entstehen Symptome, die in drei Klassen unterschieden werden können:

1. Effekte der Tumormasse durch Invadierung oder Kompression gesunder Organe,
2. Effekte der Tumorzellen («Paraneoplastisches Syndrom») durch Sezernierung von Zytokinen, Hormonen und anderer biologisch aktiver Substanzen,
3. Psychologische Effekte wie Kontrollverlust, Aggressivität, Depressivität, Angst vor Schmerzen, körperlicher Beeinträchtigung, sozialer Isolation, Abhängigkeit und vor dem Tod.

Jeder dieser Faktoren trägt wesentlich zur Belastung durch die Erkrankung bei. Im einzelnen sind dabei Lokalisierung, Invasivität, Metastasierung und biologische Aktivität von Bedeutung. Bedingt durch die Ausdehnung des Tumors entstehen ganz unterschiedliche Erstsymptome: beim Lungenkrebs z. B. Husten, Auswurf, Dyspnoe, Dysphagie und Heiserkeit, beim Dickdarmkrebs abdominelle Krämpfe oder Blutauflagerungen im Stuhl, beim Gallenkarzinom Ikterus. Metastasen, z. B. des Brustkrebses, können zu pathologischen Frakturen der Knochen führen, Schmerz kann bei allen Tumoren durch Kompression von Nervensträngen entstehen; bei Gehirntumoren sind Kopfschmerzen, Erbrechen und epileptische Anfälle führende Symptome.

Die Tumoren unterscheiden sich weiterhin in ihrem Wachstum und ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit. Dabei bestehen sowohl innerhalb der Tumoren desselben Gewebetyps wie zwischen den Gewebetypen große Variationsbreiten des Wachstums. So benötigt Brustkrebs etwa acht bis zehn Jahre und der Hodenkrebs ein bis zwei Jahre, um einen 1 cm großen Tumor zu bilden, während das Burkitt-Lymphom dafür nur etwa 100 Tage benötigt. Der Anteil proliferierender Zellen eines Tumors kann heute durch Bestimmung der Wachstumsfraktion ermittelt werden und beträgt bei Brustkrebs durchschnittlich 6 Prozent, bei den Lymphomen und den Hodentumoren 90 Prozent. Je größer diese Fraktion ist, umso schneller wächst der Tumor.

Die Fünf-Jahres-Überlebenszeiten sind für die einzelnen Tumorformen sehr unterschiedlich. Während Patienten mit Magen- und Lungentumoren nur zu etwa 20 Prozent diese Grenze überschreiten, ist dies bei Dickdarmentumoren zu 40 Prozent und bei Brust-, Gebärmutter- und Hautkrebs zu 70 Prozent der Fall.

Innerhalb dieser Gruppen ist die Überlebenswahrscheinlichkeit jeweils abhängig vom sogenannten «Staging», d. h. der Abstufung der Entwicklung des Tumors. Dabei wird die Tumorgroße selbst (T), die Anzahl befallener regionärer Lymphknoten (N) und die Metastasenbildung (M) berücksichtigt («TNM-Klassifikation»). Bei Leukämien und Lymphomen werden andere Klassifikationen verwendet.

Für das Entstehen einer Zellveränderung, welche eine Zelle mit den Eigenschaften einer Tumorzelle (Zell- und Kernpolymorphie, Aneuploidie, Polychromasie, Anaplasie) ausstattet, gelten heute gemäß epidemiologischen und tierexperimentellen Ergebnissen folgende Einflußfaktoren als erwiesen: Strahlung, chemische Karzinogene (in der Atemluft, in Nahrungsmitteln, berufliche Exposition), Rauchen, die Ernährungsweise (Magen-, Kolon-, Brustkrebs), medizinische Behandlungsfolgen (Strahlen, bestimmte Medikamente), Viren (Epstein-Barr-Virus, Nasopharyngealer Tumor, Burkitt-Lymphom, Hepatitis-B-Virus, Lebertumoren) und UV-Licht (Hauttumoren). Das gemeinsame Merkmal dieser Einflußfaktoren ist deren Wirkung auf die zelluläre DNA, die dabei durch Mechanismen wie Punktmutation verändert wird. Die Exposition gegenüber diesen karzinogenen Einflüssen ist zumindest in bezug auf das Rauchen, die Ernährung und das UV-Licht verhaltensabhängig. Für das Magenkarzinom sind eindrucksvolle Belege für die bestimmende Rolle der Ernährungsweise in der Ätiologie dieses Tumors nachgewiesen worden: Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, hat diese Tumormorphose seit den fünfziger Jahren dieses Jahrhunderts ihre führende Stellung in der Mortalitätsstatistik verloren. Für einen genetischen Erklärungsansatz bietet dieser kurze Zeitraum keinen Ansatzpunkt. Studien an japanischen Einwanderern haben darüber hinaus erbracht, daß diese die deutlich geringere Wahrscheinlichkeit der Einwohner der USA erwerben, an einem Magenkarzinom zu erkranken. Dagegen steigt für sie jedoch die Wahrscheinlichkeit eines Dickdarmkarzinoms, für welches in den USA wiederum eine höhere Inzidenz und Mortalität besteht als in Japan. Nur für diejenigen Einwanderer, welche ihre traditionelle Ernährungsweise auch in den USA weitgehend beibehalten, gilt diese Veränderung nicht (SCHOTTENFELD u. FRAUMENI, 1982).

## 1.2 Genetische Faktoren

Nur wenige Neoplasien (z. B. familiäres Retinoblastom, Polyposis coli) sind autosomal dominant vererbt. Die Zwillingforschung erbrachte, daß eineiige Zwillinge nicht häufiger als zweieiige an Tumoren erkranken (HARVALD u. HAUGE, 1963). Zwar besitzen Töchter von Müttern insbesondere mit



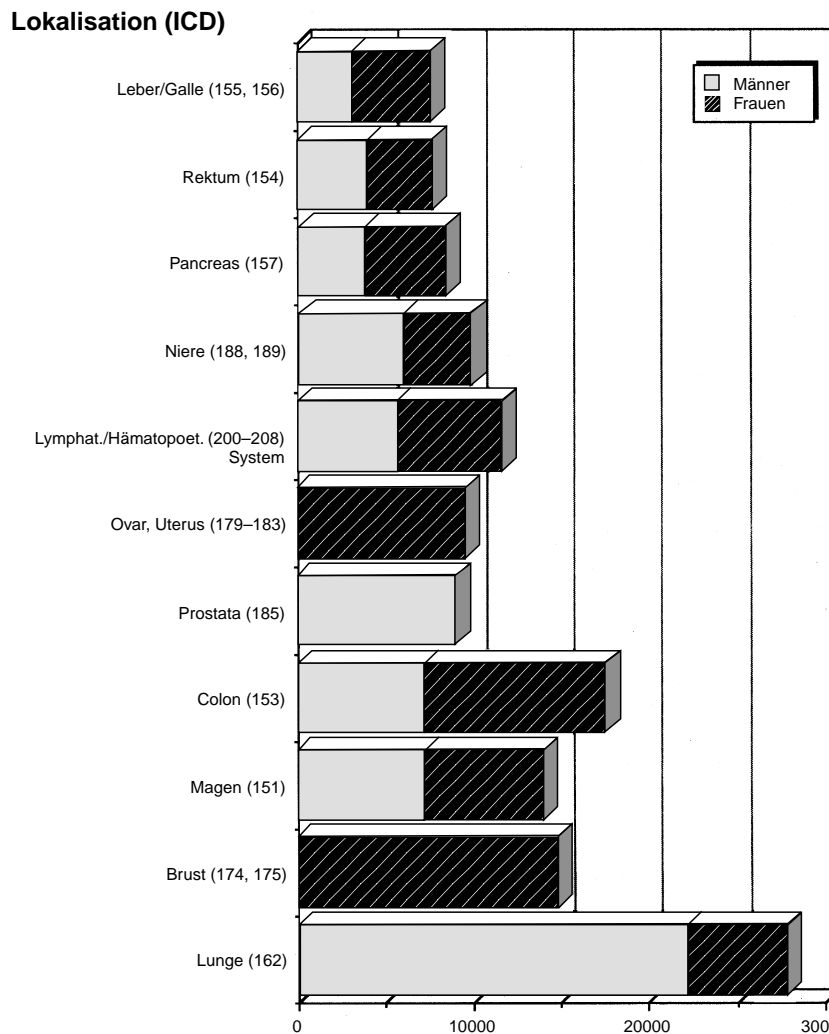


Abbildung 1: An Tumoren Verstorbene 1989 für ausgewählte Lokalisationen für das Gebiet der alten BRD (Statistisches Jahrbuch 1991).

einem prämenopausalen Mammakarzinom ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, ebenfalls einen solchen Tumor zu entwickeln (HENDERSON, 1991). Dem muß jedoch entgegengehalten werden, daß Töchter in der Regel auch unter denselben Umweltbedingungen wie ihre Mütter aufwachsen. Insgesamt ist ein bestimmender genetischer Einfluß im Vergleich zu Umwelteinflüssen, welche zur Entwicklung einer Neoplasie führen, als gering anzusehen. DOLL und PETO (1981) kommen

zu dem Schluß, daß Umweltbedingungen und vor allem Lebensgewohnheiten in über 95 Prozent der durch Neoplasien bedingten Sterbefälle als verursachendes Agens betrachtet werden können.

### 1.3 Epidemiologie

Jeder dritte in den westlichen Industrieländern muß heute damit rechnen, im Laufe seines Le-

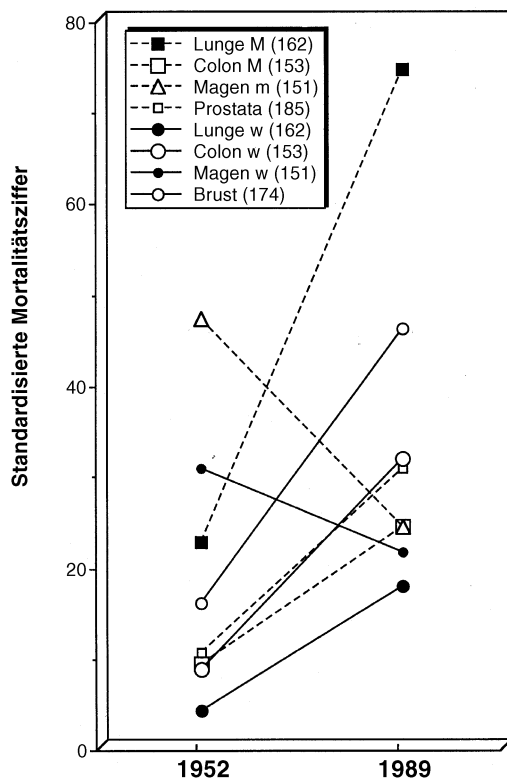


Abbildung 2: Standardisierte Mortalität an ausgewählten Tumorkrankheiten 1952 sowie 1989 (Statistisches Jahrbuch 1991).

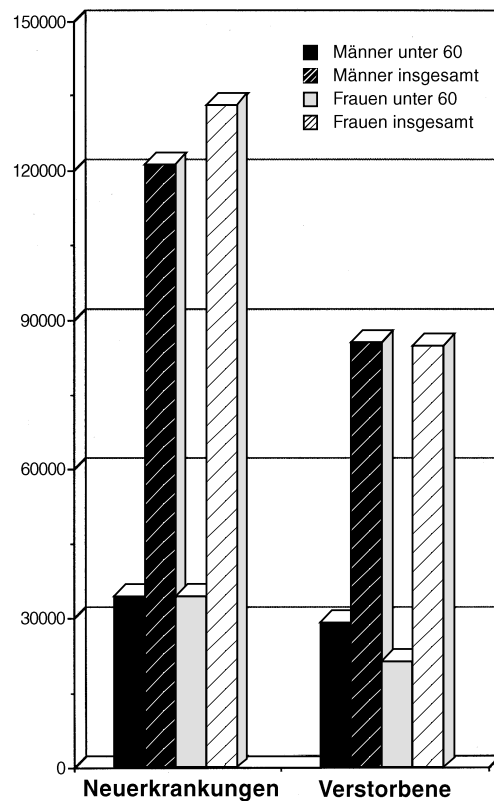


Abbildung 3: Schätzung der Tumorneuerkrankungen 1986 und an Krebs Verstorbenen 1989 in absoluten Zahlen (Statistisches Jahrbuch 1991).

bens an Krebs zu erkranken. Nach Herz-Kreislauferkrankungen (1989: 50%) ist Krebs mit über 20 Prozent in Deutschland die zweithäufigste Todesursache. In Abbildung 1 sind die 11 häufigsten Tumorkrankheiten aus der Verstorbenenstatistik 1989 dargestellt.

Danach sind der Lungenkrebs bei Männern und der Brustkrebs bei Frauen die häufigste Krebstodesursache (in den USA besitzt Lungenkrebs seit 1988 eine höhere Mortalität bei Frauen als Brustkrebs). In Abbildung 2 ist die Mortalität von jeweils vier Tumorkrankheiten bei Männern und Frauen zwischen 1952 und 1989 dargestellt (Einflüsse auf die Sterbeziffer, welche auf der Veränderung des Al-

tersaufbaus der Bevölkerung beruhen, sind dabei rechnerisch korrigiert).

Deutliche Steigerungen der Mortalität sind für den Lungenkrebs, insbesondere bei Männern, den Dickdarmkrebs sowie Prostata- und Brustkrebs festzustellen. Die Magenkrebsmortalität nimmt kontinuierlich ab. Bei Frauen ist auch für den Uteruskrebs eine Abnahme der Inzidenz und Mortalität festzustellen. Insgesamt hat jedoch die Krebsmortalität seit den fünfziger Jahren deutlich zugenommen. Zwei Bedingungen spielen dabei eine wesentliche Rolle:

1. Krebs ist eine Krankheit des höheren Alters, und die Lebenserwartung stieg von 1952 bis heute,

2. wird das Bild durch die sich fortentwickelnden diagnostischen Methoden verändert.

Die meisten Tumoren treten mit zunehmendem Alter häufiger auf.

## 2. Psychosoziale Grundlagen

### 2.1 Psychoätiologische Konzepte

#### 2.1.1 Krebspersönlichkeit

Die Anfänge psychoätiologischer Erklärungsansätze reichen zurück bis Hippokrates, der Melancholie mit Krebs in Verbindung brachte. Im 18. und 19. Jahrhundert wurde die Ursache von Krebserkrankungen in Depressionen gesehen. Aufgrund klinischer Beobachtungen war bis Mitte des 20. Jahrhunderts die Lehrmeinung: Depression, Trauer, Hoffnungslosigkeit verursachen Krebs. Seit der fünften Dekade unseres Jahrhunderts stieg die Zahl phänomenologisch und testpsychologisch orientierter Studien an und lieferte eine Fülle von Befunden, die Persönlichkeitsmerkmale mehr oder minder in direktem Zusammenhang mit der Entstehung eines Tumorerlebens brachten.

Die auf FREUD (SCHWARZ, 1991) zurückgehende Annahme einer regressiven Somatisierung im Dienste der Abwehr eines Triebkonfliktes hat für die psychoanalytisch orientierte psychosomatische Sicht zu einer Reihe von Theorien geführt: Konflikte werden im Zusammenhang mit unausgelebter Triebenergie und ein Konversionsgeschehen im Zusammenhang mit der Onkogenese als wirksam angesehen. Auf Grundlage der REICH'schen Theorie entwickelte BÜNTIG sein Konzept der *Krebspersönlichkeit*. Dieses Konzept ist bis in die aktuelle Literatur hin wirksam und beeinflusst zumindest mittelbar auch psychotherapeutische Ansätze, sofern sie sich als «Psychotherapie gegen den Krebs» (SIMONTON, 1978; LE SHAN, 1982) verstehen.

Nach dem Konversionsmodell wird die körperliche Symptomatik als symbolhafter Ausdruck von Triebkonflikten im Sinne einer «Organsprache» gesehen, z. B. bei GRODDECK, 1934; DUNBAR, 1947; DEUTSCH, 1959; DEUTSCH war es auch, der die von EVANS 1926

auf der Basis von Beobachtungen an 100 Tumorpatienten aufgestellte Verlusthypothese (frühkindliche Verlusterlebnisse führen zu einem Individuationsstillstand, der wiederum wegbereitend für die Krebserkrankung ist) mit dem Konversionsmodell verband. Er sah darin einen wesentlichen Faktor für eine spätere Erkrankung. In bezug auf die Karzinogenese galt der Tumor nun nicht nur als symbolische Entsprechung des Triebkonfliktes, sondern auch als Ersatz eines verlorenen Objektes und als Ausgleich eines Mangels, z. B. bei BAHNSON (1981, 1986) und LE SHAN (1982). Unter den stärker «ich-psychologisch» orientierten Theorien sind die Beobachtungen von ENGEL und SCHMALE (1969) hervorzuheben: Sie sahen Verlusterlebnisse, die zu einem Zustand der «Hilf- und Hoffnungslosigkeit» führten, von einer regressiven Wiederbesetzung des Körpers begleitet, dessen Symptombildung dann wieder zur Kommunikation eingesetzt werden konnte. Diese körperliche Symptombildung stellt nach Versagen der seelischen Mittel der Konfliktbewältigung den zweiten Abwehrschritt dar (MITSCHERLICH, 1961/62). In diesem Zusammenhang ist auch die «Defekt-Hypothese» darzustellen: Die körperliche Symptomatik wird hier nicht als Kompromißbildung vor dem Hintergrund eines konflikthaften Geschehens gesehen, sondern im Sinne einer «präädipalen Reifungsstörung» (KLUSSMANN, 1986) als Zeichen der Unfähigkeit, bedrohliche Affekte mit Hilfe seelischer Mechanismen im Sinne eines Entwicklungsdefizites zu neutralisieren. Eng verbunden mit einer solchen Annahme ist die «Komplementaritätshypothese»: Sie ist am deutlichsten von BAHNSON (1986) formuliert worden (s. Kap. II.B) und besagt, daß sich körperliche und seelische Erkrankungen nahezu ausschließen, sich komplementär verhalten. Die empirischen Befunde widersprechen dem allerdings (z. B. DEROGATIS, 1979; KISSEN, 1967; EYSENCK, 1988).

Aus psychoanalytischer Sicht wurden folgende Persönlichkeitsmerkmale der «Krebspersönlichkeit», *Typ C (typus canceromatosus)* zugeordnet:

- Verleugnung und Verdrängung von Emotionen, hauptsächlich Aggression, Wut, Ärger
- Unterwürfigkeit, Opferbereitschaft
- Stark normorientierter Lebensstil, mit hohen ethischen und moralischen Anforderungen
- Gehemmte Sexualität
- Erhöhte Depressivität mit Verlusterlebnissen
- Erhöhte Angst.

Zwei weitere Merkmale, die als zur «Krebspersönlichkeit» gehörend betrachtet werden,

postuliert EYSENCK (1988), nämlich geringer Neurotizismus (sensu EYSENCK) und größere Extraversion. Aus experimenteller Sicht bieten sich folgende Erklärungsansätze an, die sich im Gegensatz zur psychodynamischen Richtung auf lerntheoretisch-psychophysiologische fundierte Beiträge stützen. Dem Begriff *Streß* kommt ein zentraler Stellenwert zu, wobei es erforderlich ist, zwischen den Reizen, den «Stressoren», und den Reaktionen des Organismus, dem «Streß» oder «Strain», zu unterscheiden. Sowohl bei reiz- als auch bei reaktionszentrierten Streßmodellen geht es darum, daß ein Organismus von äußeren oder inneren Reizen so massiv beeinträchtigt wird, daß autoregulative Mechanismen die notwendige Homöostase nicht wieder herstellen können. Es wurden unzählige Tierexperimente durchgeführt, um das Tumorwachstum unter Streßbedingungen zu beobachten. Die Ergebnisse sind sehr widersprüchlich. Doch wenn mehrere Streßfaktoren gleichzeitig appliziert wurden, wuchsen die durch Karzinogene erzeugten oder transplantierten Tumoren schneller als unter den Kontrollbedingungen. Neben der Qualität ist aber auch die Quantität, d. h. die Intensität und Dauer der Streßeinwirkungen, zu berücksichtigen. Während in Tierversuchen Schwellenwerte ermittelt werden können, ist dies in Humanexperimenten nicht möglich. Die Frage, ob die Dosis-Wirkung-Beziehung (d. h., je länger eine Streßwirkung anhält, desto wahrscheinlicher ist ihre pathogene Wirkung für den Menschen) beim Menschen eine kontinuierliche Funktion darstellt, oder ob ein Schwellenmodell (d. h. erst ab einem kritischen Schwellenwert wird die Erkrankung ausgelöst) zutrifft, ist umstritten. Im onkologischen Kontext werden beide Standpunkte vertreten. BAHNSON et al. (1981) sind der Ansicht, daß vor allem der chronische Streß das Tumorwachstum fördere. MOSER et al. (1989) fanden z. B. bei länger bestehender Arbeitslosigkeit eine erhöhte Lungenkrebsletalität. EYSENCK (1988) dagegen schätzt eher akute, einmalige Streßerlebnisse als krankmachend ein. BARTROP et al. (1977) haben z. B. bei Hinterbliebenen immunologische Veränderungen im Anschluß an einen Trauerfall nachgewiesen, und NAOR et al. (1983) fanden patho-

logische Streßindikatoren bei Frauen nach einem ungewollten Abort. Fast alle Untersuchungen folgen monokausalen Erklärungsansätzen.

Eine Einschätzung von Belastungswirkung und Belastungsfolgen findet im «interaktionistischen Streßmodell» nach LAZARUS und LAUNIER (1978) unter der Berücksichtigung einer Vielzahl interagierender interner und externer Einflußgrößen Berücksichtigung.

Weitere Beiträge zur Frage des Karzinomrisikos liefert die *life-style und life-event*-Forschung. Um die pathogene Wirkung von Belastungsmomenten einzuschätzen, wurde von Vertretern der Lebensereignisforschung ein Standardmaß entwickelt. Ein globales Belastungsmaß für Streßbelastung wurde von TAYLOR et al. (1988) bei einer gemischt zusammengesetzten Stichprobe von Karzinompatienten angewandt. Die Untersuchung erbrachte höhere Werte bei den Karzinompatienten im Vergleich zur Normalbevölkerung. Während es auch in anderen Untersuchungen möglich war, zwischen Krebskranken und Gesunden zu diskriminieren, gelang dies jedoch nicht zwischen einzelnen Diagnosegruppen. Insgesamt ist die Aussagekraft eines globalen Belastungsmaßes eher ungenügend. Interessanterweise konnten Naturkatastrophen, Kriegsergebnisse und politische Unterdrückung nicht in größerem Maß für Krebserkrankungen verantwortlich gemacht werden als «normale» Lebensbedingungen.

Am umfassendsten hat sich SCHWARZ (1991) mit der möglichen psychischen Bedingtheit von Krebserkrankungen befaßt. Nach seiner Synopse aller bekannten Studien kam er zu dem Schluß, daß kaum ein signifikantes Ergebnis existiert, für das es nicht ein gleichfalls signifikantes Gegenergebnis gebe. In seiner eigenen Studie faßt er die aktuellen psychosozialen Erklärungsansätze in der Onkogenese in drei Kategorien zusammen:

#### 1. Verhaltensbedingte Risiken

- Tabak-, Alkoholabusus
- UV-Licht-Exposition
- Ernährungsgewohnheiten
- berufsbedingte Noxen
- «Streß»

2. Krebs als Folgeerscheinung psychosomatischer Leiden
  - Colitis ulcerosa
  - Ulcus ventriculi
  - Morbus Crohn
3. Krebs als psychosomatische Erkrankung sui generis
  - die Krebspersönlichkeit.

Am Beispiel der am häufigsten vorkommenden Krebserkrankungen, dem Mammakarzinom bei Frauen und dem Bronchialkarzinom bei Männern, gibt er im folgenden prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale – im Sinne des psychosomatischen Erklärungsansatzes «Typ C» – für die betreffenden Gruppen wieder:

| MAMMA-KARZINOM                                 | BRONCHIAL-KARZINOM  |
|--|---|
| Verleugnung                                    | Verleugnung   |
| Verdrängung                                    | Verdrängung   |
| Verminderter oder übersteigter Gefühlsausdruck | Verminderte Gefühlsabfuhr, starrer, konformistischer Lebensstil |
| Gehemmte Sexualität                            | Gehemmte Sexualität   |
| Labile Geschlechtsidentität                    | Zwanghaftigkeit   |
| Masochismus                                    | Depressivität   |
| Selbstdestruktion                              | Suchtstruktur   |
| Schwaches Selbstbewußtsein                     | Hoffnungslosigkeit  |
| Wertlosigkeitsgefühl                           | Rigidität, Schuldgefühle  |
| Depressivität, Kontaktstörung                  | Hohe Extraversion   |
| Hoher Neurotizismus                            | Niedriger Neurotizismus   |
| Soziale Überangepaßtheit                       | Harmonisierung  |
|  | Selbstaufopferung   |

Die empirischen Ergebnisse sind kontrovers, was auf die verschiedenen methodischen Ansätze zurückzuführen sein kann. Da von retrospektiven Untersuchungen keine ätiologisch verwertbaren Ergebnisse zu erwarten und prospektive Untersuchungen zu aufwendig sind, haben die meisten Studien ein quasiprospektives, genauer, ein präbiptisches Design bei einer Hochrisikogruppe – z. B. Frauen mit krebserkrankten Brusttumor – gewählt. Wenn die präbiptisch erhobenen Daten allerdings im Sinne von Kausalfaktoren interpretierbar sein sollen, muß gewährleistet sein, daß zum Befragungszeitpunkt noch kein hinreichend sicheres Wissen über die Art der Erkrankung vorhanden ist – vergleichbar mit der Doppelblind-Situation in Pharmako-Therapiestudien.

Aus theoretischer Sicht sind einzig von den hypothesengeleitet und prospektiv durchgeführten Untersuchungen zuverlässige Ergebnisse zu erwarten.

SCHWARZ (1991) kommt übereinstimmend mit FOX (1983) zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Es gibt in den beschriebenen Daten keinerlei Hinweise auf die Existenz einer Krebspersönlichkeit im Sinne der beschriebenen einfachen Typologie («Typ C»); statt dessen ist davon auszugehen, daß der defensive Verhaltensstil schwer erkrankter Menschen ein psychisches Begleitphänomen des Bedrohtheitsgefühls durch das körperliche Leiden darstellt.
2. Persönlichkeitsfaktoren und psychosoziale Variablen haben dagegen sicher eine Bedeutung im Bereich der Krebsfrüherkennung (Verleugnungshaltung), des Risikoverhaltens und der Krankheitsbewältigung (z.B. soziale Unterstützung); hier sind Ansatzpunkte gegeben für die Aufklärung und Gesundheitserziehung im allgemeinen und für die individuelle Krankenbetreuung im besonderen, wobei allerdings auch hier vor zu großer Simplifizierung zu warnen ist.

In diesem Sinne sprach Viktor VON WEIZSÄCKER (zitiert n. SCHWARZ, 1991) auf Krebs bezogen vom Granit der materiellen Vorgänge, an dem geistig-seelische Einflüsse scheitern müßten, und MEERWEIN (1981) konstatiert: «Über die psychogenetische Krebstheorie verfügt die wissenschaftliche Psychoonkologie zum heutigen Zeitpunkt nicht. Sie strebt eine solche auch nicht an, sondern untersucht den psychischen Faktor im Rahmen eines multifaktoriellen Verständnisses der Krebserkrankheiten.»

### 2.1.2 Psychoneuroimmunologie

In psychoneuroimmunologischen (PNI) Studien (vgl. SCHULZ u. SCHULZ, 1994) werden Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und Funktionseinschränkungen von z. B. natürlichen Killerzellen beschrieben.

Weiterhin haben PNI-Studien eine Reaktivierung latenter Viren (Herpes-Simplex-Virus, Epstein-Barr-Virus und Zytomegalie-Virus) durch psychische Be-

lastungen nahegelegt (KIECOLT-GLASER et al., 1986). Bei Gesunden unterliegen latente Herpesviren (HSV), Epstein-Barr-Virus (EBV) einer Immunüberwachung, und bei stark immunsupprimierten Individuen ist bekannt, daß diese Viren reaktiviert werden. Das EBV ist z.B. in der Lage, B-Zellen zu Lymphoblasten zu transformieren. Diese blastisch veränderten Zellen können ein B-Zell-Lymphom induzieren, wenn eine reduzierte T-Zell-Antwort vorliegt. Die Beantwortung der Frage, warum nicht jeder Exponierte auch Krebs bekommt, kann in bezug

- auf eine mögliche genetische Basis für das Entstehen einer Krebserkrankung
- auf DNA-repair-Mechanismen, die eine Entartung der Zelle zu verhindern suchen
- auf immunologische Effektorfunktionen, die entartete Zellen lysieren können und
- auf solche Einflüsse, welche die letzten beiden Prozesse wiederum moderieren, erläutert werden.

Auf die letzten drei Vorgänge soll, nachdem die genetischen Faktoren schon in dem Abschnitt Epidemiologie abgehandelt wurden, jetzt noch näher eingegangen werden.

Für eine Beteiligung des Immunsystems bei der Verhinderung einer Tumorentwicklung sprechen das häufige Auftreten von Neoplasien bei Immunsupprimierten, insbesondere bei Patienten nach einer Organtransplantation (vgl. Kap. IV A.4 und Kap. IV E.3) sowie die Wirksamkeit immunologischer Tumorthérapien (ROSENBERG et al., 1989). Eine neue Perspektive betont die Funktion des Immunsystems als Wachstumsregulator via Zytokine, welche infolge einer Dysregulation das Tumorstadium steuern könnten, ohne daß die Erkennung spezifischer Tumorantigene erforderlich wäre.

Natürliche Killerzellen (NK-Zellen) könnten eine Rolle bei der Verhinderung der metastatischen Ausbreitung des Tumors spielen. Da die Aktivität dieser NK-Zellen durch psychische Einflüsse beeinträchtigt werden kann, könnte dies bedeuten, daß das Risiko, einen Tumor zu entwickeln, bei psychischer Belastung vergrößert ist. Psychologische Faktoren würden in diesem Zusammenhang also eine Rolle für das Risiko spielen, eine Krebserkrankung zu bekommen.

In diesem Zusammenhang ist auf die Ergebnisse der *tierexperimentellen Streßforschung* hinzuweisen. In diesen Studien wurden Tiere verschiedenen Stressoren ausgesetzt und die Entwicklung chemisch oder durch Strahlen induzierter, transplantiert oder viraler Tumoren beobachtet (SKLAR u. ANISMAN, 1981).

Es wurde dabei nicht nur ein fördernder bzw. verstärkender Einfluß der applizierten Stressoren auf die Initiation oder das Wachstum der Tumoren beobachtet, sondern auch ein hemmender. Nach NEWBERRY et al. (1991) ist dies sowohl von der Art des Stressors, dessen zeitlichem Verlauf, seiner Applikation als auch von dem jeweils untersuchten Tumorsystem abhängig. Bei chemisch induzierten Tumoren wird in erster Linie eine Hemmung des Wachstums durch die Einwirkung von Stressoren beobachtet. Das Wachstum transplantiert Tumoren wird durch die Einwirkung von Stressoren gefördert. Bei transplantierten Tumoren hat die Kontrollierbarkeit des Stressors einen entscheidenden Einfluß auf die Tumorprogression (SKLAR u. ANISMAN, 1979; VISINTAINER et al., 1982). Nach SHAVIT et al. (1983) wird bei Tieren, welche einem unentrinnbaren Schock ausgesetzt sind, eine deutliche Steigerung der endogenen Endorphinproduktion festgestellt. Unter dieser Schockbedingung beschleunigt sich ebenfalls das Tumorstadium eines implantierten Tumors. Wenn den Tieren in dieser Gruppe jedoch ein Morphinantagonist injiziert wurde, verlangsamte sich das Tumorstadium, und die Tiere überlebten länger. Komplementär zu diesen Ergebnissen wiesen die Tiere auch eine eingeschränkte Aktivität ihrer Natural-Killer-Zellen auf (SHAVIT et al., 1984), was nach Gabe eines Morphinantagonisten nicht mehr beobachtbar war. Danach besitzen Endorphine eine wesentliche Funktion bei der Vermittlung der Auswirkungen von Stressoren auf immunologische Funktionen und das Wachstum implantiert Tumoren.

## 2.2 Konzepte der Lebensqualität

### 2.2.1 Definitionen

Seit der WHO-Konferenz 1986 in Mailand (VENTAFRIDDA et al., 1986) ist die Forderung, in jeder Therapiestunde auch Indikatoren der Lebensqualität zu berücksichtigen, immer häufiger realisiert worden, und in mehreren Ländern werden keine neuen Medikamente mehr ohne diese Prüfung zugelassen. Obwohl die WHO 1948 Gesundheit als optimale Lebensqualität definierte, nämlich als physisches, emotionales und soziales Wohlbefinden, hat es Jahrzehnte gedauert, bis dieses Konzept von der Medizin ernstgenommen wurde. Dies ist wichtig, weil die Fortschritte in der onkologischen Diagnostik und Therapie zu einer Verlängerung der Krankheitsverläufe und Behandlungsdauer sowie zu einer größeren Anzahl therapiefähiger und geheilter

Krebspatienten führen. Gleichzeitig bedeutet es aber auch eine größere Anzahl chronisch Kranker. Darüber hinaus bringen die verlängerten Überlebenszeiten auch in Anbetracht der Nebenwirkungen der Therapien neue Probleme mit sich.

Es gibt eine große Anzahl von Publikationen zur Lebensqualität mit einem breiten Spektrum von Operationalisierungsversuchen (VON KEREKJARTO et al., 1989). Nach wie vor gibt es einige Autoren, die nur somatische, objektivierbare Aspekte unter Lebensqualität verstehen und subjektive Angaben aus den psychosozialen Bereichen nicht gelten lassen. Der wesentliche Beitrag der Psychoonkologie besteht heute darin, daß sie ihren Schwerpunkt auf die subjektive Bewertung der Krankheit, der sozialen Umweltreaktionen und der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten legt, Motivation zu regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen und zur Meidung von Risikofaktoren.

Im Laufe der Jahre wurden zahlreiche Definitionsversuche für Lebensqualität unternommen. Die Hauptpunkte der Konzepte waren physisches und materielles Wohlbefinden, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale

und entspannende Aktivitäten, persönliche Entwicklung und Erfüllung (Übersicht VON KEREKJARTO et al., 1989).

Es bestehen starke Diskrepanzen zwischen der Beurteilung der Lebensqualität durch Fremdeinschätzung (Ärzte, Angehörige) und der Selbsteinschätzung der Patienten. Letztere ist bedeutsamer; da sie aber nicht zeitstabil ist, muß sie wiederholt bestimmt werden.

Drei Hauptgründe existieren für die Divergenz von Selbst- und Fremdeinschätzung in psychoonkologischen Studien: a) ungünstige Lebensumstände in somatischen können durch günstige in anderen Lebensbereichen aufgewogen werden (z. B. soziale Unterstützung); b) das Anspruchsniveau wird subjektiv verringert infolge Anpassung an ungünstige «objektive» Lebensumstände; c) in der zeitlichen Dimension (VON KEREKJARTO u. SCHUG, 1987) variiert intraindividuell die allgemeine Zufriedenheit unabhängig vom jeweiligen somatischen Krankheitsgeschehen.

KÜCHLER (1992) versucht, diese Verhältnisse in Abbildung 4 als ein mehrdimensionales Konstrukt darzustellen.

Mit der Dimension «Zeit» wird der Gedanke eingeführt, daß sich die aktuelle Lebens-

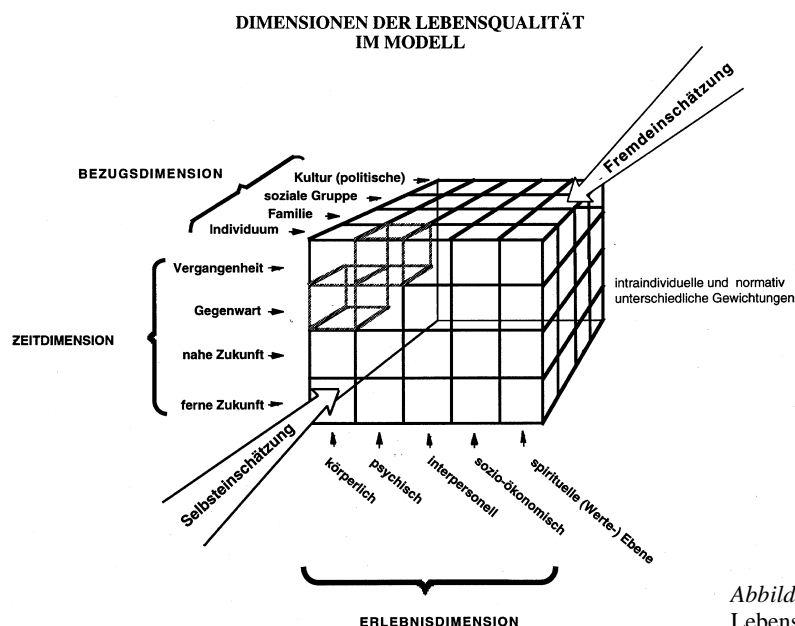


Abbildung 4: Dimensionen der Lebensqualität im Modell.

qualität aus der Gesamtheit vergangener Erfahrungen konstituiert und Ausgangspunkt für die Erwartungen an die nahe und fernere Zukunft darstellt. Die Selbst- und Fremdbeurteilungen werden als unterschiedliche Perspektiven abgebildet. Berücksichtigt wird auch die spirituelle Dimension, die sich als wichtig erwiesen hat (religiöser Glaube, Lebenssinngabe und ethisch motivierte Überzeugungen).

Die verschiedenen Erfassungsmethoden, ihre Vor- und Nachteile werden in SCHWARZ et al. (1990) dargestellt.

### 2.3 Bewältigungsprozesse

Psychoonkologie hat in den letzten zwei Dekaden unsere Sichtweise durch ihre Befunde zu schweren und chronischen Erkrankungen und deren Folgen verändert. Chronisch, speziell onkologisch Kranke erwiesen sich nicht als hilflos einem überwältigenden Geschehen (Schicksal) ausgeliefert, das sie zu Resignation und Fehlanpassung zwingt (HOLLAND u. ROWLAND, 1989; BEUTEL, 1988). Vielmehr wird die Bedeutung von subjektiv erträglicher Realitätsanpassung und einer aktiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung betont. Solches wird mit dem Begriff Bewältigungsprozesse zusammengefaßt.

Verwandte Konzepte der Abwehrmechanismen, Kausalattribution sowie subjektive Krankheitstheorien sollen hier gleichfalls als Bewältigungsprozesse mitabgehandelt werden.

#### 2.3.1 Abwehrmechanismen

In der Psychoonkologie werden gleichermaßen Begriffe der psychoanalytischen Abwehrlehre wie auch andere Bewältigungsmechanismen (z. B. Copingstrategien) verwendet. WEISMAN und WORDEN (1976) fanden bei gut angepassten Patienten (definiert durch ein hohes Ausmaß an Konfliktlösungskompetenz, geringe Vulnerabilität und affektive Stabilität) Strategien wie Konfrontation mit der Realität, Neudefinition der Lebenssituation und Befolgen ärztlicher Verordnungen. Bei schlecht angepassten Patienten beobachteten sie Suppression, Passivität, stoische Unterwerfung

und spannungsneutralisierende Strategien. DEROGATIS et al. (1979) kamen in einer Längsschnittstudie zu dem Ergebnis, daß mastektomierte Patientinnen, die in der Lage waren, ihre negativen Gefühle zu äußern (Angst, Wut und Aggression), bessere Überlebenschancen hatten als diejenigen, die solche Emotionen leugneten oder verdrängten.

GREER et al. (1979) haben in einer vorbiopischen Studie Patientinnen mit Mammakarzinom im Frühstadium nach Mastektomie über fünf Jahre untersucht. Drei Monate nach ihrer Operation wurden diese Frauen aufgrund ihrer Reaktionen in einem strukturierten Interview in vier Kategorien eingeteilt: 1. Verleugnung, 2. kämpferische Einstellung (fighting spirit), 3. stoische Akzeptanz und 4. Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate zeigte im Vergleich signifikant günstigere Ergebnisse für Patientinnen der ersten und zweiten gegenüber denen der dritten und vierten Kategorie. Eine zehnjährige katamnestische Untersuchung (PETTINGALE, 1984) erbrachte Ergebnisse, die in dieselbe Richtung wiesen.

Der am häufigsten vorgefundene Abwehrmechanismus bei Krebskranken ist die Verleugnung. Als Bewältigungsversuch wird ihr von verschiedenen Autoren einmal adaptive und ein anderes Mal maladaptive Funktion zugeschrieben (vgl. BEUTEL, 1988; auch Kap. III.F).

Alle Arten der Verleugnung haben Prozeßcharakter, sind nicht zeitstabil, sondern variieren sehr stark, sowohl was die Intensität als auch die Zeitdauer betrifft (VON KEREKJARTO u. SCHUG, 1987). WEISMANS (1972) Konzept des «middle knowledge» beschreibt den Zustand zwischen Wissen und Nichtwissen, zwischen Akzeptanz und Nichtwahrhabenwollen, ein ziemlich häufig beobachtbares Phänomen bei terminal Kranken. Eine übersichtliche Darstellung von Untersuchungen über die positiven und negativen Auswirkungen von Verleugnung findet sich bei BEUTEL (1988).

#### 2.3.2 Coping

Coping als Krankheitsbewältigung wird von HEIM (1988) definiert als «das Bemühen, be-



reits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten».

Die heute am weitesten verbreitete Theorie zu Coping stammt aus der Schule von LAZARUS und beschreibt es als Problemlösungsprozeß. Kognitive Prozesse der Informationssuche und -verarbeitung bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Bewältigungsverhalten bilden den Kern dieser Theorie. Aber auch die Lösung akuter Entscheidungskonflikte gehört zum Copingkonzept. Ein Entscheidungskonflikt zeigt sich z. B. häufig bei der Frage, ob eine Vorsorgeuntersuchung für Brustkrebs in Anspruch genommen werden soll oder nicht. Auch die Entscheidung zwischen einer ablatio mammae oder einer Segmentektomie ist für die Patientin oft mit schwerwiegenden Konflikten verbunden.

Einen Kriterienkatalog für *Ziele des Copingprozesses* in der Psychoonkologie gibt HEIM (1988, S. 9):

- Wiedergewinnen von Körperintegrität
- Wiedergewinnen von Wohlbefinden (nach Schmerz und Beschwerden)
- Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichts nach belastenden Emotionen
- Erarbeiten von Zukunftsperspektiven nach krankheitsbedingter Verunsicherung und Kontrollverlust
- bestmögliche Anpassung an ungewohnte situative Bedingungen, wie z. B. bei Hospitalisierung
- Durchstehen von unentrinnbaren existentiellen Bedrohungen z. B. im terminalen Ausgang
- Erhalten einer situationsgemäßen optimalen Lebensqualität.

Im Gegensatz zu den Abwehrmechanismen wurde bei den Copingkonzepten gleichzeitig zu ihrer jeweiligen Definition auch eine Operationalisierung und damit eine Meßmöglichkeit vorgenommen. Trotz des ausgeprägten Methodenbewußtseins einschlägiger Autoren genügen die meisten Instrumente dem Anspruch psychoonkologischer Forschung nicht.

Die am häufigsten angewandten Verfahren werden bei BULLINGER (1989) beschrieben.

## 2.4 Psychosoziales Umfeld

### 2.4.1 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützungsprozesse sind ebenso wichtig wie die vorher beschriebenen Abwehr- und Copingmechanismen. Sie sind eine wesentliche Hilfe zur Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen und stehen in engstem Zusammenhang mit dem körperlichen und psychischen Wohlergehen.

Seit den Anfängen der Forschung auf diesem Gebiet, als einzelne quantitative Netzwerkmerkmale mit dem globalen psychischen Wohlbefinden korreliert wurden, sind eine Reihe neuerer Untersuchungen durchgeführt worden, in denen spezifische Unterstützungsmöglichkeiten von Personen in verschiedenen Situationen auf ihre positive und negative Wirkung hin untersucht wurden. Auch in diesem Bereich verändern sich Art und Ausmaß der sozialen Unterstützung im Verlauf der Auseinandersetzung mit den belastenden Situationen. Inwieweit soziale Unterstützungsprozesse den Bedürfnissen der Erkrankten angemessen sind, bedarf noch der weiteren detaillierten Untersuchung.

Es können nachteilige Resultate entstehen, a) wenn Hilfeleistungen länger als notwendig erteilt werden und somit die Abhängigkeit der Betroffenen vergrößert und die Krise verlängert wird, b) wenn soziale Unterstützung vorzeitig beendet wird, wie z. B. bei antizipatorischer Trauerarbeit der Beziehungsperson oder c) wenn die Hilfsbedürftigkeit zu spät erkannt wird. Soziale Unterstützung als Ressource für Bewältigung bieten in erster Linie Partner, Familie, Freunde, aber nicht minder auch die Ärzte und das medizinische Team. Die allgemein verbreitete Annahme, daß schon das Vorhandensein eines festen Partners eine größere soziale Unterstützung bedeutet, konnten die Untersuchungen von MORRIS et al. (1977) und von KEREKJARTO und SCHUG (1987) nicht bestätigen. BUDDERBERG (1985) kam in seiner Studie zu dem Ergebnis, daß Krebspatienten zwar ihren Partner als die wichtigste Quelle der Unterstützung ansehen, daß aber erwartungsgemäß vor allem die Qualität der Partnerbeziehung darüber entscheidet, ob sie eher

eine belastende oder stützende Funktion für die Krankheitsbewältigung hat. Wenn die Unterstützung in instrumentelle und emotionale Aspekte unterschieden wird, kommt den emotionalen eine wesentlich größere Bedeutung zu als den instrumentellen. So sind affektive und sexuelle Kontakte äußerst förderlich, und ihre Verminderung in der Folge der Erkrankung erzeugt Angst, Unsicherheit und Depression (TAYLOR et al., 1985).

Soziale Unterstützung wird jedoch nicht in jedem Fall positiv erlebt. HOLLAND und ROWLAND (1989) fanden, daß von 100 Krebspatienten 72 über unangemessenes Mitleid und falsche Aufheiterung klagten, was zu Mißverständnissen in der Interaktion führte. REVERSON et al. (1983) fanden für die Remissionsphase kaum Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und einer guten Adaptation bei Mammakarzinompatientinnen. Die soziale Unterstützung verminderte ebenso das Selbstwertgefühl wie die Autonomieregulierung und das Akzeptieren der Patientenrolle.

Die Mehrzahl der Untersuchungen belegen aber, daß soziale Unterstützungsprozesse mit verschiedenen Parametern der Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung positiv korrelieren (BLOOM u. SPIEGEL, 1984; FOLLIICK et al., 1984). Nach eigenen Untersuchungen (VON KEREKJARTO u. SCHUG, 1987; KÜCHLER u. SCHREIBER, 1989; SCHULZ et al., 1992) wurde es immer deutlicher, daß die *subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung* von größerer prognostischer Bedeutung ist als die objektiven Merkmale des sozialen Netzwerks. Diese Wahrnehmung gründet sich auf die emotionale Zuwendung, die Verlässlichkeit dieser Zuwendung und auf die gleichzeitige ungeminderte Wertschätzung seitens der Bezugspersonen.

#### 2.4.2 Soziales Netzwerk

Leider werden die Begriffe soziales Netzwerk und soziale Unterstützung häufig synonym verwendet. Die Theorie definiert soziale Netzwerke als Beziehungen, die für die betroffene Person, in unserem Fall den Krebskranken, bezüglich erwarteter und geleisteter

psychosozialer Hilfe relevant sind. In der phänomenologischen Soziologie (VON FERBER, 1978) geht man von dem personenbezogenen Lebenskontext («a person's social network») aus. Der wesentliche Unterschied zwischen dem Begriff der sozialen Unterstützung und dem der sozialen Netzwerke besteht darin, daß es für die formale Definition sozialer Netzwerke genügt, Personen und Relationen zu benennen, für die Definition sozialer Unterstützung jedoch Inhalte aufgezählt werden müssen. Das soziale Netzwerk als Struktur berücksichtigt Alter, Geschlecht und Sozialstatus des Betroffenen, von denen die Sozialbeziehungen abhängig sind. Entsprechend der Lebenskurve werden die psychosozialen Folgen einer Erkrankung unterschiedlich gewichtet und interpretiert. Ein soziales *Bezugsnetz* besteht aus Partnerschaft/Familie, Arbeitsplatz/Beruf/Finanzielles, Wohnsituation, Freizeitgestaltung, Gesundheitsversorgung.

Die Leistungen des *primären sozialen Netzwerkes* – hierzu gehören Partner, Familie, gute Freunde und eventuell die Behandelnden – und die des *sekundären Netzwerkes* – dazu gehören Verwandte, Nachbarn, Bekannte, Berufskollegen sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen – werden nach der Befriedigung folgender Bedürfnisse beurteilt:

*Emotionale Unterstützung* und Zuwendung wurde im vorangegangenen Abschnitt als soziale Unterstützung beschrieben. Wenn diese von Personen des sekundären Netzwerkes geleistet wird, gehören eine gewisse affektive Zurückhaltung und emotionale Neutralität zum Ethos des Hilfegebenden. Es soll hauptsächlich einer Isolierung des Kranken entgegengewirkt werden.

Bedürfnisse nach *Information* sind extrem groß, und alle Beteiligten des sozialen Netzwerkes sollten ihren Beitrag leisten. Fragen nach den Krankheitsfolgen, den richtigen Hilfen und wer sie geben kann, werden hier aufgeworfen. Die Glaubwürdigkeit von Experten richtet sich dabei nicht allein nach der Sachgerechtigkeit der von ihnen vermittelten Informationen, sondern sie wird von dem Vertrauensverhältnis zwischen Experten und Patient mitbestimmt. In diesem Zusammenhang ist die Zunahme von Heilpraktikerbesuchen auch

als ein Anzeichen für einen Vertrauensschwund gegenüber den Ärzten zu sehen.

Ein gesonderter Bestandteil des sozialen Netzwerkes sind *Selbsthilfegruppen* (vgl. Kap. V.C). Sie liefern Informationen, emotionale Unterstützung und sind zudem Ausdruck eines veränderten Selbstbewußtseins von Patienten (im Sinne von mehr Selbstbestimmung).

Nach jeder schweren Erkrankung und insbesondere nach Krebserkrankungen muß eine neue Identität aufgebaut werden. Dazu gehört die Identifizierung mit dem erkrankten oder beschädigten Körper, auf den man sich nicht mehr verlassen kann, und mit dem veränderten Selbstbild. Das Verständnis für diese *Identitätsfindung* ist eine Kernproblematik in sozialen Netzwerken.

Erkrankung und Behinderung schließen stets die Gefahr sozialer Isolierung ein. Die *Etablierung neuer Kontakte* ist sehr erschwert. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen kann dieser Gefahr entgegenwirken. Unter dem Aspekt der Selbsthilfe werden neue, verständnisvolle und damit tragfähige soziale Kontakte erschlossen. Im Kontakt mit anderen Betroffenen können Patienten oft schnelle und gegenseitige Hilfe erfahren. Empirische Befunde bestätigen die positive Wirkung von Selbsthilfegruppen bei der Förderung von Bewältigungsprozessen ihrer Mitglieder. Dabei ist aber zu bedenken, daß Selbsthilfegruppen nur für einen begrenzten Teil der Erkrankten attraktiv sind und durch die hohe Sterblichkeit innerhalb der Gruppe selbst zu einem Belastungsfaktor werden können.

Die gebräuchlichen Meßmethoden sowohl für die soziale Unterstützung als auch für Merkmale sozialer Netzwerke finden sich bei KLUSMANN (1989).

### 3. Psychosoziale Aspekte der Erkrankung

#### 3.1 Diagnose

##### 3.1.1 Aufklärungsprozeß

Das Aufklärungsverhalten von Ärzten hat sich in folgender Weise verändert: Haben noch in den fünfziger Jahren nur 20 bis 30 Prozent der Ärzte eine «offene» Aufklärung über eine ma-

ligne Erkrankung befürwortet und eventuell auch praktiziert (auch schon zu jenem Zeitpunkt wünschten 90 Prozent der Patienten eine eindeutige Aufklärung; KELLEY u. FRIESEN, 1950; SAMP u. CURRER, 1957), so sind es heute über 90 Prozent der Ärzte, die ein offenes Gespräch befürworten. Das in diesen Zahlen zum Ausdruck kommende veränderte Aufklärungsverhalten ist zum Teil auf formaljuristischen Druck und auf die Berichterstattung in den Massenmedien zurückzuführen. Es weist aber auch auf eine Veränderung in der Arzt-Patient-Beziehung hin. Schließlich wird der Patient die schwer belastende Therapie nur dann sorgfältig befolgen, wenn er weiß, daß es um sein Leben geht. Die Aufklärung, d.h. die Konfrontation mit der Diagnose, ist kein einzelner Akt, sondern ein Prozeß, der mit der Wahrnehmung der ersten Symptome beim Patienten beginnt.

SCHWARZ (1993) hat in seiner präbiptischen Studie bei Mamma- und Bronchialkarzinom das Krankheitswissen von über 300 Patienten in vier Stufen erfragt.

1. «Was hat Ihnen der einweisende Arzt über den Befund gesagt?» (1 = gutartig, 2 = unklar, 3 = bösartig).  
2. «Was wird die Untersuchung Ihrer Meinung nach ergeben?» (1 = gutartig, 2 = unklar, 3 = bösartig). Als drittes sollten die Patienten auf einer 100 mm Visual-Analog-Skala zwischen den Endpunkten «gutartig-bösartig» ihre Einschätzung angeben. Um die ganze Vorhersagekraft der Fragen auszuschöpfen, wurde mit Hilfe einer Diskriminanzanalyse die Zuordnung zu Biopsiekategorien maligne/benigne durchgeführt. Die korrekt klassifizierten Fälle zeigen folgende Verteilung:

|              |                        |                |
|--------------|------------------------|----------------|
| Mamma-Ca     | Patientin-Vermutung    | 76,9 % richtig |
| Mamma-Ca     | + ärztliche Vorhersage | 81,5 % richtig |
| Bronchial-Ca | Patienten-Vermutung    | 69,8 % richtig |
| Bronchial-Ca | + ärztliche Vorhersage | 75,6 % richtig |

Diese Prozentangaben zeigen, daß das präbiptische Wissen hoch mit der schließlichen Diagnose korreliert. Hieraus sind u. a. zwei Rückschlüsse zu ziehen: Erstens ist ein präbiptisches Studiendesign als Äquivalent einer prospektiven Untersuchung nicht haltbar – doch sie werden in der Literatur häufig als «quasi-prospektiv» bezeichnet; zweitens ist dieses Resultat ein gewichtiges Argument für eine offene Aufklärung des Patienten durch den Arzt.

Der erste Schritt muß sein, daß der Arzt vom Patienten erfährt, was dieser über seinen Zustand vermutet, spürt oder konkret weiß, um dann auf dieser Grundlage das Aufklärungsgespräch zu führen. Wichtig ist, dem Patienten

zu vermitteln, daß jederzeit Rückfragen möglich sind. Aufklärung in der Onkologie bedeutet, daß der Patient sich mit Hilfe des Arztes mit dem Diagnoseschritten, den daraus folgenden Therapiemöglichkeiten, einschließlich deren möglicher Verläufe, den Nebenwirkungen und der Prognose auseinandersetzt.

Das Recht auf Selbstbestimmung, Freiheit und körperliche Unversehrtheit wurde zuerst von John LOCKE (1632–1702) gefordert, 1776 in der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung festgehalten und 1948 als Bestandteil der Menschenrechte in Helsinki niedergelegt. Als Grundlage für Gerichtsurteile gegen ärztliche Fehler wird es jedoch erst seit der Mitte unseres Jahrhunderts verwendet. Die Forderung von SENN (1985) nach «Wahrhaftigkeit am Krankenbett» ist als Standard erfüllt. Der Arzt hat eine Aufklärungspflicht. Über den Inhalt der Aufklärung muß Protokoll geführt werden. Dies kann mit einem Formblatt geschehen, das vom Patienten unterschrieben wird. Die Doktrin des «informed consent» soll dem Patienten sein Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper garantieren und ihm helfen, über die Informationen des Arztes den Weg zur eigenen Entscheidung über diagnostische Maßnahmen und Therapien zu finden.

Aufgrund klinisch-empirischer Studien (VON KEREKJARTO u. SCHUG, 1987; KÜCHLER, 1989; BURMESTER et al., 1984) sowie langjähriger eigener psychotherapeutischer Erfahrung lassen sich folgende Aussagen zur *Aufklärungspraxis bei Krebskranken* machen:

Das emotionale Engagement des Arztes ist ein wesentliches Kriterium sowohl für die Zufriedenheit des Patienten mit dem Gespräch als auch für das Behalten von Inhalten des Aufklärungsgesprächs. In einer positiven Atmosphäre – im optimistischen Grundton – werden die beidseitigen nonverbalen Signale richtig wahrgenommen, gedeutet, und damit wird das gegenseitige Verständnis gefördert.

Die optimale Dauer eines Aufklärungsgesprächs liegt zwischen 10 und 15 Minuten, vorausgesetzt es haben schon mehrere Kontakte stattgefunden und eine Vertrauensbasis wurde geschaffen. Gespräche, die kürzer als 5 Minuten und solche, die länger als 20 Minuten dauern, sind stärker angsterzeugend und lassen den Patienten häufiger mit ver-

stärkten Depressionen zurück. Hierzu gehört auch, daß der Arzt nicht zu viel mit medizinischen Begriffen und anatomischen Zeichnungen arbeitet.

Die Informationsverarbeitung läßt sich durch die Einbeziehung von nächsten Angehörigen wesentlich verbessern. Die früher gehandhabte Praxis, nur die Angehörigen «offen» aufzuklären, führte zu schweren partnerschaftlichen und familiären Komplikationen, die z. B. durch ein Dreiergespräch zu verhindern sind.

Es trägt zu größerer Zufriedenheit bei, wenn der Arzt auf Verständnisfragen des Patienten eine Antwort gibt, die von diesem richtig verstanden wird und dem Patienten nicht das Gefühl vermittelt, der Arzt weiche seiner Frage aus. Dabei sollte der Arzt vermeiden, das Gespräch mit detailreichen, medizintechnischen Erklärungen zu überfrachten – auch wenn dies für den Arzt oft eine Reduzierung seiner eigenen Angst bedeuten mag. Weiterhin sollen die Risiken nicht in den Vordergrund des Gesprächs rücken und Platz für Gefühle wie Hoffnung gelassen werden. Wie umfangreich der Patient aufgeklärt werden möchte, kann vom Arzt oft nur indirekt erfahren werden. Er muß sich hier auf seine Intuition verlassen und seine Informationen entsprechend dosieren.

### 3.1.2 Auswirkungen der Diagnosemitteilung

KÜCHLER (1989, 1992) beobachtete bei etwa 400 systematisch dokumentierten Einzelgesprächen von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren den Verlauf des emotionalen Erlebens von Diagnose und Behandlung während des stationären Aufenthaltes. Sowohl bei Primärerkrankten als auch bei Rezidivpatienten standen der Diagnoseschock und die damit verbundene existentielle Verunsicherung im Vordergrund. Die ganze Fassungslosigkeit über das ungerechte Schicksal, die ganze eigene Hilflosigkeit gegenüber der unfaßbaren Krankheit kommt in dem Satz «Ich habe mein ganzes Leben gearbeitet, war nie krank und jetzt dies!» zum Vorschein. Da erlebte Hilflosigkeit eine der schwersten psychischen Bedrohungen des Individuums und seiner Le-

bensqualität bedeutet, geht es in dieser Phase vor allem darum, die Kontrolle zurückzugewinnen. Abwehrmechanismen sind hier von zentraler Bedeutung. Verdrängung, Bagatellisierung, Regression, Projektion und Depersonalisation sind die häufigsten. Vor allem der Krankheitsschock kann häufig nur durch Abspaltung ertragen werden: Die Betroffenen erleben sich so, als ob sie neben sich stehen, berichten von sich, als ob dies eine andere Person beträfe. Die notwendige Anpassung an die radikal veränderte Lebenssituation vollzieht sich langsam und schrittweise.

Die diagnostischen Maßnahmen können den psychischen Anpassungsprozeß von außen unterstützen. Der Patient erfährt: Es geschieht etwas, es wird etwas getan, um der Krankheit Herr zu werden. Meist stabilisieren sich die Patienten in dieser Phase durch verschiedene Strategien wie folgt: Sie klagen über die lange Wartezeit beim Röntgen oder das kaltgewordene Mittagessen. Sie tauschen Erfahrungen mit anderen Patienten aus und finden wieder zu sich selbst. In dieser Phase ist die Aufklärung über den Sinn und die Notwendigkeit einzelner diagnostischer Maßnahmen von großer Bedeutung, um dem Betroffenen zu helfen, durch Verstehen das Gefühl von Kontrolle über den eigenen Zustand zurückzugeben. Entsprechend schwerwiegend sind diagnostische Pannen, die immer wieder vorkommen, z. B. wenn der Patient zum falschen Zeitpunkt zur Untersuchung bestellt wird und unverrichteter Dinge zurück zur Station muß oder der Defekt eines Gerätes die vorgesehene Untersuchung verhindert. Solche Pannen können aber auch positive Auswirkungen haben, indem sie dem Patienten Anlaß geben, wütend zu werden. Das psychologisch Wichtige dabei ist, daß der ohnmächtige, hilflose Zorn auf die unfäßbare Krankheit sich in einen berechtigten Zorn verwandelt.

Das Gefühl, allein gelassen zu werden und von anderen isoliert zu sein, kommt ebenfalls häufig vor. Ärger und Schuldgefühle sind abwechselnd stark vorhanden und erschweren die Anpassung an die Realität. Verschiedene Formen und Intensitätsgrade der Verleugnung wechseln sich beim Patienten in kürzeren Zeitabständen, z. B. stündlich, ab, um das innere Gleichgewicht einigermaßen zu erhalten.

Während der Diagnostik und nach dem Aufklärungsgespräch werden die therapeutischen Möglichkeiten angesprochen. Grundsätzlich stehen a) operativer Eingriff, b) Bestrahlungstherapie und c) Chemotherapie getrennt oder kombiniert zur Auswahl. Alle diese Maßnahmen bedeuten gravierende körperliche und psychische Belastungen und wecken im Patienten vielfältige Ängste.

### 3.2 Verlauf der Erkrankung

Die Verlaufsmöglichkeiten nach der prädiagnostischen Phase gibt die Abbildung 5 wieder:

Folgende Verläufe sind demnach möglich:

- a) Nach der Diagnose erfolgt eine kurative Behandlungsphase, nach der eine Rehabilitation erfolgt und der Erkrankte im Anschluß 3, 5, 10 Jahre beschwerdefrei bleibt, d. h., er/sie wird als geheilt bezeichnet.
- b) Nach der Diagnose und der kurativen Behandlung mit anschließender Rehabilitation folgen 1, 2, 3 oder 5 symptomfreie Jahre, bis eine erneute Erkrankung in Form eines Rezidivs oder von Metastasen auftritt.
- c) Nach dem Initialstadium ist die kurative Behandlung erfolglos, und der Patient wird chronisch und fortschreitend krank.
- d) Nach der Diagnose ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

Bei allen vier Verläufen kann die Behandlung aus den folgenden drei Therapiemöglichkeiten bestehen.

#### 3.2.1 Primärbehandlung (*chirurgisch, radiologisch, chemotherapeutisch*)

Die psychologischen Aspekte der therapeutischen Maßnahmen sind sehr unterschiedlich. Bei allen Therapien ist eine behutsame und sorgfältige psychologische Unterstützung wünschenswert.

Bei *chirurgischen* Eingriffen ist die Operationsvorbereitungsphase von Ambivalenz zwischen Angst und Hoffnung gekennzeichnet. In dieser Phase werden Gespräche über Angst ebenso wie über Hoffnung besonders wichtig. Ausgehend vom Informationsstand

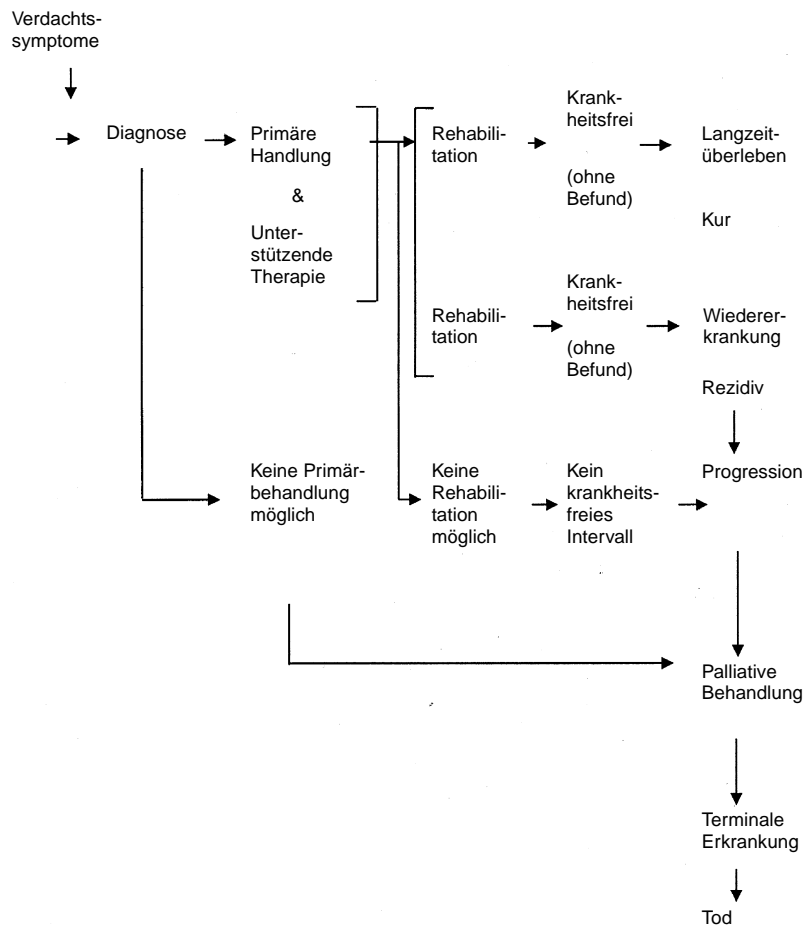


Abbildung 5: Mögliche Verläufe der Erkrankung.

des jeweiligen Patienten, welcher in dieser Phase mehr von persönlicher Abwehr (GÖTZE u. HUSE-KLEINSTOLL, 1988) als von den realen Informationen bestimmt ist, wird versucht, die Angst anzusprechen und damit zu konkretisieren. Von den vielfältigen Ängsten, mit denen Krebskranke zu kämpfen haben, sind die konkreten am leichtesten zu ertragen, z. B. die Angst vor der Operation und der Narkose. Schwieriger ist der Umgang mit unspezifischen Ängsten z. B. vor einer schlechten Prognose und der damit verbundenen ungewissen Zukunft. Gespräche darüber reduzieren die Angst und nicht, wie manche Ärzte befürchten, die Hoffnung. Die Verschiebung von Operationen kann schwerste Krisen in der gesamten emotionalen Befindlichkeit des Patienten

auslösen. Nach der Operation bestimmt der körperliche Zustand, d. h. Schmerzen, Erschöpfung, Müdigkeit die Befindlichkeit des Patienten. Die Anwesenheit eines nahen Angehörigen beim Aufwachen aus der Narkose ist sehr angstmindernd.

Ist der Eingriff mit dem Verlust von Körperteilen oder mit körperlichen Entstellungen verbunden, so ist mit depressiven Nachwirkungen zu rechnen. Auch wenn diese nicht direkt in der ersten Woche nach der Operation auftreten, muß die Auseinandersetzung mit den Operationsfolgen, mit den großen und kleinen Veränderungen, die im zukünftigen Leben eine Rolle spielen werden, stattfinden. Dies mag mit der Veränderung von Eßgewohnheiten bei einer Magenteilresektion beginnen und über die Veränderung des Körperbildes z. B. bei Mamma-Ablatio bis hin zu entsprechenden Veränderungen in der Lebensqualität bei Anus-präter-

Operationen gehen. Die Trauer um den Organverlust, sei es ein kleines Stück Darm oder ein totalresezierter Magen, muß von den Patienten bewältigt werden.

Ungefähr 70 bis 80 Prozent aller Karzinomkranken werden *radiotherapeutisch* behandelt. In den Aufklärungsgesprächen muß auf das Wesen und die Nebenwirkungen dieser Therapieart eingegangen werden. Den Patienten muß erklärt werden, daß durch die Therapie die pathologischen Zellen zerstört werden und die ebenfalls betroffenen gesunden Zellen sich schnell wieder von der Behandlung erholen. Die technische Einrichtung und der Ablauf der Therapie müssen genügend genau geschildert werden. Auch muß der Patient über die Nebenwirkungen der Strahlentherapie informiert werden. Nausea, Erbrechen, Schlappeheit aufgrund von Anämie, Schwindel, Hautreizungen, auch Durchfall oder Obstipation sind häufig beobachtete Nebenwirkungen, deren Auftreten der Patient dem Arzt berichten sollte. Oft teilten Patienten solche Beschwerden dem behandelnden Arzt allerdings nicht mit, insbesondere wenn das Vertrauensverhältnis zu ihm nicht genügend gefestigt war. Die Angst vor der räumlichen Isolierung während der Bestrahlung sollte durch Sprechanlagen oder Monitorkontakte vermindert werden. Der Patient darf in einer bedrohlichen Situation nicht in eine überwältigende, panische Angst verfallen.

Die dritte Hauptstrategie zur Bekämpfung von Krebszellen ist die *Chemotherapie*, welche ebenfalls versucht, die Krebszellen selektiv auszumerzen. Auch bei dieser Therapie müssen dem Kranken Wesen und Nebenwirkungen der Therapie detailliert erklärt werden. Bei der Chemotherapie kommt es darauf an, die DNA-Synthese des Zellzyklus (während der S-Phase) mit chemischen Mitteln zu verhindern.

Wenn der Zellzyklus nicht vollendet wird, kann sich die Zelle nicht mehr teilen und stirbt ab. Chemotherapien werden in Zyklen nach vorgegebenen Schemata durchgeführt. Je nach Krebsart und Wirkungsweise des Zytostatikums kommt es darauf an, die nach einem Zyklus noch nicht abgetöteten, überlebenden Krebszellen, sobald sie wieder in den entsprechenden Zellzyklus (S-Phase) kommen, zu ergreifen.

Da auch gesunde Zellen im Knochenmark, im Verdauungstrakt und in den Haarfollikeln ab-

sterben, kommt es wie bei der Strahlentherapie zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Anämie, Nausea, Erbrechen, Durchfall und Haarausfall. Für bestimmte Krebsarten (Ovarien, Brust) kann eine Hormonbehandlung als Chemotherapie angezeigt sein. Diese Therapieform ist wirksam, wenn nachgewiesen wurde, daß die Krebszellen gegenüber Hormonen empfindlich reagieren. Bei Brustkrebs z.B. wird durch männliche Geschlechtshormone das Wachstum unterdrückt. Die Nebenwirkungen können hierbei auch sehr beträchtlich sein (z.B. Hirsutismus).

MEERWEIN (1991, S.96) empfiehlt, zur genauen Aufklärung des Patienten folgenden Wortlaut zu verwenden: «Sie erhalten jetzt sehr stark wirksame Medikamente, die die sich schnell vermehrenden Zellen töten können. Krebszellen sind die sich am schnellsten vermehrenden Zellen, aber auch Haarzellen vermehren sich schnell. Da das Medikament den Unterschied zwischen Krebszellen und Haarzellen nicht kennt, werden Sie vorübergehend Haare verlieren. Glücklicherweise können sich aber Ihre normalen, gesunden Zellen von der Einwirkung der Medikamente wieder erholen und sich wieder zu teilen beginnen, aber den schwachen, primitiven Krebszellen ist dies nicht möglich.»

### 3.2.2 Unkonventionelle Therapien

Unter unkonventionellen Therapieverfahren werden Behandlungen verstanden, deren Wirkung nicht gesichert ist und darum von der wissenschaftlichen Medizin nicht anerkannt wird. Sie sind mit einer Vielzahl von Synonymen wie alternativ, biologisch, paramedizinisch, komplementär oder ganzheitlich belegt. Da diese Therapien von bis zu 80 Prozent der Krebserkrankten in Anspruch genommen werden, soll kurz auf sie eingegangen werden.

Bei einer Befragung von Allgemeinmedizinern in der BRD gaben 60 Prozent an, alternative Therapien in ihrer Praxis anzuwenden. HEIM (1992) fand bei seinen an neoplastischen Prozessen erkrankten Patienten, daß 60 bis 70 Prozent mit alternativen Methoden behandelt worden waren.

Die Gründe für die Nutzung unkonventioneller Behandlungsmethoden sind vielfältig. Ei-

nes der wichtigsten Motive ist sicherlich die Angst vor Radio- und Chemotherapie und weniger der Zweifel an ihrer Nützlichkeit. Ferner haben alternative Methoden magische Züge, die übernatürliche Heilungskräfte versprechen. Schließlich wenden sich viele Patienten von der als kalt empfundenen naturwissenschaftlich orientierten Medizin auch deshalb ab, weil hier Defizite an Zuwendung, Empathie und Gesprächsbereitschaft bestehen. Die fehlende psychosomatische Denkweise und die geringe Bereitschaft, auf die innere Welt der Patienten einzugehen, begünstigen die Hinwendung zu einer sanften und harmonisierenden Behandlung. Gerade diese affektiven Implikationen sind Bestandteil vieler alternativer Behandlungsformen und werden dort oft gezielt eingesetzt. Auch die subjektiven Krankheitstheorien, welche die Erkrankung häufig mit bestimmten bedeutsamen Lebensabschnitten in Verbindung bringen, führen den Patienten zu alternativen Behandlungsmethoden. Hier findet der Patient häufig Erklärungsansätze, welche über die somatische Sichtweise hinausgehen und seinem Bedürfnis, seine Krankheit in einem größeren, sinnstiftenden Kontext zu sehen, entgegenkommen. Im Rahmen dieser subjektiven Krankheitstheorien spielen oft unbewußte Schuldgefühle eine große Rolle. So können die mit großen finanziellen Opfern durchgeführten alternativen Heilmethoden unter Umständen für den Patienten unbewußt eine Funktion von Sühne haben und zu einem Gefühl des Ausgleichs führen (Buße mindert Schuldgefühle).

Der Wunsch, aktiv an der Behandlung beteiligt zu sein und die eigene Autonomie gegenüber dem technologischen Medizinapparat aufrechterhalten zu können, wird von vielen unkonventionellen Methoden gefördert (z.B. Eigeninjektion, strenge Diäten usw.). Gerade Patienten, die durch Handeln ihre Gesundheit beeinflussen wollen (interne Kontrollattribution), neigen dazu, unorthodoxe Methoden zu bevorzugen. Bei der Befragung von 300 ambulanten Tumorpatienten in der Schweiz war der am häufigsten genannte Beweggrund (51 %), sich solchen Methoden zuzuwenden, der Wunsch, selber möglichst viel zur Genesung beizutragen (36 % Einbezug der Psyche, 23 % sanftere Medizin, nur 7 % dieser Stichprobe waren enttäuscht von der Schulmedizin).

Die Einstellung, «nichts unversucht zu lassen», ist unabhängig vom Wissen und vom Bildungsstand.

Die kennzeichnenden «besonderen» Eigenschaften unkonventioneller Therapien sind in der Sicht der Betroffenen u. a.

- Steigerung der körpereigenen Abwehrkräfte
- Verbesserung der Verträglichkeit von Zytostatika und Strahlentherapie
- Hebung des Allgemeinbefindens
- Fehlen von Nebenwirkungen
- Verbesserung der Lebensqualität
- Natürlichkeit (biologisch) und Ganzheitlichkeit.

Die Übergänge zwischen sogenannter Schul- und Alternativmedizin – die in der Regel keine Alternative ist – sind fließend. Methoden, die früher zur Alternativmedizin zählten, wie z. B. das COOLEY-Toxin aus Bakterienlysaten, das nach Charakterisierung der Wirksubstanz TNF (Tumor-Nekrose-Faktor) von der wissenschaftlichen Medizin übernommen wurde; andererseits wurden schulmedizinische Methoden, z. B. die Interferonbehandlungen, in der Alternativmedizin eingesetzt. Hier werden besonders häufig immuntherapeutische Verfahren, Substitution von Vitaminen und Mineralstoffen sowie Diäten eingesetzt.

Für den behandelnden Onkologen können verschiedene Probleme entstehen, wenn er mit den alternativen Therapien seines Patienten konfrontiert wird: Er sieht sich in die Rolle eines technologischen Medizinexperten gedrängt, dem ein «ganzheitlicher» Biotherapeut gegenübersteht. Der Einfluß verschiedener Therapeuten kann zu Compliance-Problemen führen, und es kann zur Verzögerung oder gar Ablehnung einer potentiell kurativen Therapie kommen. Darüber hinaus sind manche alternativen Therapien mit Risiken verbunden, über die der Patient oft nicht informiert ist.

### 3.3 Rezidiv und Metastasierung

Das Auftreten eines Rezidivs stellt sowohl für den Patienten als auch für die Angehörigen und den behandelnden Arzt oft eine noch größere psychische Belastung dar, als es die initiale Konfrontation mit der Erkrankung gewesen war (VON KEREKJARTO, 1982). Bei allen Beteiligten ist das Gefühl vorherrschend, daß die bisher durchgeführten therapeutischen Maßnahmen vergeblich waren. Die Hoffnung



auf Heilung schwindet. Die Angst vor der Unkontrollierbarkeit der Krankheit wächst und steigert unvermeidlich die Todesangst. Auf der einen Seite lassen Ohnmacht und Wut über die Erfolglosigkeit der durchgeführten Therapiemaßnahmen den Patienten aggressiv oder mißtrauisch gegenüber weiteren Untersuchungen und Eingriffen reagieren. Auf der anderen Seite treten Isolations- und Verlustängste, ein Gefühl der Abhängigkeit und ein verstärktes Bedürfnis nach Schutz beim Patienten auf. Er begegnet der Furcht, vom Arzt fallengelassen zu werden, mit einem betont angepassten Verhalten. Die hohen Erwartungen und Bedürfnisse des Patienten führen dabei häufig zu einer Überforderung des Arztes. Dadurch kompliziert sich die Beziehung, und der Patient scheut es zunehmend, dem Arzt direkte Fragen zu stellen.

MEERWEIN (1983, S. 106) beschreibt die Gedanken von Kranken in dieser Phase wie folgt: «Ich weiß, wie stark mein Arzt unter meinem Rückfall leidet. Ich möchte ihn jetzt nicht mit meinen Fragen belästigen, seine knappe Zeit in Anspruch nehmen oder als aufdringlicher oder undankbarer Patient erscheinen. Er hat sich große Mühe mit mir gegeben, und er ist nicht schuld daran, daß es mir nicht besser geht.» Statt direkte Fragen nach seinem Zustand zu stellen, orientiert sich der Patient eher an nonverbalen Signalen des Arztes. Er wird damit für ambivalente Botschaften des Arztes sensibel, z. B. dessen verbale Beteuerung, in jeder Situation für den Patienten da zu sein, verbunden mit einer Körperhaltung, die signalisiert, daß der Arzt «auf dem Sprung» ist. Gelingt es dem Arzt nicht, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, daß er weiterhin gut aufgehoben ist und alles medizinisch Mögliche für ihn getan wird, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß sich der Kranke gegenüber dem Arzt innerlich distanziert und alternativen Heilmethoden zuwendet.

### 3.4 Terminale Phase

Nach dem «Diagnoseschock» und der Bedrohung durch das Rezidiv wird in der terminalen Phase aus der Bedrohung Gewißheit. Der Kranke steht vor dem Verlust all dessen, was für ihn eine Bedeutung hat: der Familie, der Angehörigen und Freunde, der leiblichen Existenz. Zu dieser Verlustangst kommt die Ungewißheit vor dem, was ihn noch erwartet. Diese Krise läßt sich nicht einfach instrumen-

tell bewältigen. Das heißt, der Patient kann nichts tun, um das Sterben zu verhindern: Er muß sich mit der Tatsache seiner eigenen Endlichkeit auseinandersetzen.

Es ist schwer, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann bei unheilbar Kranken von terminaler Phase zu sprechen ist (MEERWEIN, 1981; SPIEGEL-RÖSING, 1984; VON KEREKJARTO, 1990; MEYER u. VON KEREKJARTO 1981). Ein objektives Kriterium ist z. B., wenn die palliativen therapeutischen Maßnahmen die Beschleunigung des Progresses nicht mehr aufhalten können und dadurch ein akut lebensbedrohlicher Zustand entsteht. Ein weiterer Hinweis ist die Abkehr des Patienten von seiner Umwelt, wenn er allmählich seine Ich-Funktionen an die Betreuer überantwortet. Der Sterbebegleiter – dies kann der behandelnde Arzt, ein Mitglied aus der Familie, ein Mitglied des Pflegepersonals oder der Psychoonkologe sein – muß den Wunsch des Patienten nach schützender Abhängigkeit und Regression zulassen können. Diese Verhaltensweisen sind ebenso wie die emotionalen Zustände der Angst, Depression und Wut häufig nur von kurzer Dauer bzw. variieren im Tagesablauf stark. Durch eine empathische Gesprächshaltung wird es dem Patienten ermöglicht, offen über die Planung der ihm noch verbleibenden Zeit, das Abschiednehmen von seinen Angehörigen, die Sorgen um die «zurückgebliebenen» Angehörigen, aber auch über die Schmerzen zu reden (BURMESTER et al., 1984). Unrealistische, optimistische Phantasien tauchen auf und müssen vom Begleiter zugelassen und mitgetragen werden. Für die Umgebung ist der sporadische Realitätsverlust des Patienten oft schwer zu ertragen. Der Patient wechselt unvermittelt zwischen Lebensphantasien und Aussagen über seinen bevorstehenden Tod. Es ist wichtig, dem Patienten auch in diesen scheinbar widersprüchlichen Aussagen zu folgen: «Riechen Sie die Blaubeeren? Wir werden jetzt welche pflücken und nachher schön mit Milch und Zucker essen. Aber der Weg ist so weit, ganz weit. Meine Frau soll das Auto ruhig behalten, sonst wird sie zu einsam, wenn ich tot bin.»

KÜBLER-ROSS (1977) hat das terminale Stadium in fünf spezifische Phasen unterteilt. Ihre Betrachtungen können das Verständnis

des Patienten in der jeweiligen Situation erleichtern, wenn sie nicht als zeitlich aufeinanderfolgende Einheiten verstanden, sondern als vorübergehende Gefühlsreaktionen betrachtet werden.

Eine dieser Reaktionen ist die *Verleugnung*, die bei allen terminal Erkrankten intraindividuell stark schwankt: Das kann nicht wahr sein, es muß eine Verwechslung, ein Irrtum vorliegen, andere Ärzte müssen konsultiert werden, es wird schon eine wirksame Behandlung geben. Es wird nie dauernd und alles geleugnet. Auch kann eine Verleugnung, nachdem sie schon verschwunden schien, wieder auftauchen. Es gibt Momente, in denen der Kranke bereit ist, über Sterben zu reden, dann wieder nur über die Gefährlichkeit der Operation oder über die Verschlechterung seines Zustandes, und dies mit dem Unterton, daß die Operation zu überstehen sei oder der Zustand sich wieder bessern werde. Verleugnungen lassen sich auch personengezielt finden; sie werden gegenüber denjenigen Ärzten, Krankenschwestern und Angehörigen eingesetzt, die selber Verleugnung wünschen, während gegenüber anderen eine realistischere Betrachtung stattfindet. Der Vorteil der Verleugnung besteht darin, daß der Patient Zeit gewinnt, sich mit dem tödlichen Ausgang seiner Erkrankung, entsprechend den eigenen Kräften, auseinanderzusetzen. Ihr Nachteil ist die mögliche Verweigerung oder Vernachlässigung weiterer Behandlung und der Notwendigkeit, sein Leben zu ordnen.

Eine andere emotionale Reaktion ist der *Zorn*. Er kann die Form der Auflehnung gegen das persönliche Schicksal annehmen: Wieso ich mit meinen 61 Jahren, wieso nicht mein Nachbar, der schon 87 ist und ein schlechter Mensch obendrein. Zorn kann sich auch ungezielt und schwer berechenbar äußern. Die Klinik ist herzlos oder schlecht, die Ärzte sind Pfuscher, die Oberschwester ist eine Heuchlerin. Wenn die Schwestern die Betten machen, werden sie kritisiert, weil sie einem keinen Moment Ruhe gönnen, lassen sie einem Ruhe, werden sie kritisiert, daß sie die Pflege vernachlässigen. Solche Zornäußerungen haben ihre Nebenbedeutung: Noch bin ich am Leben, noch muß man mit mir rechnen. Oder auch: Ich muß sterben und ihr könnt euch eures Lebens freuen, diese Freude soll euch vergällt werden.

Manche Patienten versuchen zu *feilschen*, d. h. durch Wohlverhalten oder Opfer «höhere Mächte» günstig zu stimmen: Wenn ich mich jetzt genau an die Diät halte, wenn ich aufhöre, Alkohol zu trinken, wenn ich mich mit meiner Familie wieder versöhne, wenn ich eine große wohltätige Spende mache, dann müßte sich doch das Ende abwenden lassen. Die depressive Reaktion wird deutlich in Aussagen wie: Alles ist zu Ende, nichts kann mich jetzt noch freuen. Wenn der Patient seine Situation *akzeptiert*, kann er mit seinem Schicksal Frieden schließen und sich im Hier und Jetzt, an den kleinen positiven Dingen erfreuen. Die Phase der *Depression*

ist von den fünf beschriebenen Reaktionen die für den Patienten schwerste und am stärksten belastende.

Berücksichtigt man die geschilderten psychosozialen Determinanten, ergeben sich für den Umgang mit Todkranken folgende Empfehlungen:

- a) Es geht im Kontakt mit dem Patienten nicht um einen einmaligen Akt der Aufklärung, sondern um einen anhaltenden Kommunikationsprozeß. Dies setzt idealerweise voraus, daß das gesamte behandelnde Team, Hausarzt, Spezialisten und Krankenpflegepersonal, eine entsprechende Einstellung realisiert.
- b) Die Entscheidung, worüber gesprochen wird, sollte dem Patienten überlassen werden bzw. er sollte befähigt werden, die Initiative zu ergreifen. Dazu gehört, ihn zu ermutigen, Fragen zu stellen.
- c) Die Antworten des Spezialisten sollten dem Patienten die Möglichkeit der Verleugnung und Verharmlosung lassen. Das kann auch bedeuten, daß der Arzt dem Patienten nicht die maximal möglichen Informationen vermittelt, ohne die Bereitschaft zur umfassenden Aufklärung aufzugeben, falls der Patient ein Bedürfnis danach signalisiert. Eine Resthoffnung soll immer erhalten bleiben.
- d) Der Umgang mit sterbenden Patienten sollte Gegenstand der Fortbildung sein, z. B. in Gestalt von speziellen Fortbildungsseminaren.

## 4. Psychoonkologische Versorgung

### 4.1 Schmerz

Schmerzen sind ein häufiges Begleitphänomen einer malignen Tumorerkrankung und treten – entgegen einer landläufigen Meinung – nicht erst im Finalstadium auf. Nach übereinstimmenden statistischen Angaben von Tumorzentren verschiedener Länder leiden 20 bis 50 Prozent der Patienten schon zum Zeitpunkt der Diagnosestellung an Schmerzen (BONICA, 1985). Im Finalstadium sind nur 10 Prozent der Patienten schmerzfrei. Schmerzen können sowohl Ausdruck eines kurablen als

auch eines inkurablen Krankheitsverlaufs sein. Der Zeitpunkt des Auftretens des Schmerzes ist, ebenso wie seine Intensität oder sein Charakter, nicht vorhersagbar (JÜRGEN, 1991; ZENS, 1993). Folgendes ist zu beachten:

- Jeder Patient hat sein Schmerzempfinden.
- Jeder Patient hat seine Schmerzäußerung.
- Jeder Patient spricht auf die Analgetika unterschiedlich an. Das betrifft sowohl die Wirkung der «Analgesie» als auch das Ausmaß an Nebenwirkungen.
- Die Lokalisation der Schmerzursache prägt den Schmerzverlauf.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß der Schmerzverlauf eines Patienten einem ständigen Wechsel unterliegt: Verschlimmerung durch Bewegung, Tag- und Nacht-Rhythmus, spontane Änderung der Lokalisation und der Intensität.

Folgende Schmerzsyndrome und ihre Ursachen sind bei Tumorpatienten zu beobachten:

- a) Schmerzen, die direkt mit dem Tumorwachstum zusammenhängen:
  - im Abdomen, im Thorax und intrakraniell;
  - durch Nerveninfiltration
    - peripherer Nerven
    - in verschiedenen Plexus
    - mit Kompression des Rückenmarks oder des perineuralen Raumes anderer Nerven
  - Knochenmetastasen mit Schmerzausstrahlung je nach Ort des Befalls (Becken, Wirbelsäule usw.), besonders häufig bei Karzinomen der Mamma, Prostata und Schilddrüse
  - Metastasen in anderen Organbereichen
- b) Schmerzen, die mit der vorangegangenen Therapie zusammenhängen
  - Chirurgie (Thorakotomie, Metastektomie, Narben, Adhäsionen, Amputations- und Phantomschmerz); Bestrahlung (Plexusfibrose, Myelopathie, Adhäsionen, Nekrose)
  - Chemotherapie (Neuropathie, Neuralgie)
- c) Schmerzen, die auch unabhängig vom Tumorleiden auftreten und primär nichts damit zu tun haben
  - Osteoporose, Neuralgie, Herpes zoster, diabetische Neuropathie usw.

Psychische Faktoren können die Schmerzen im positiven als auch im negativen Sinne beeinflussen. Starke Angst, Depression und Schlaflosigkeit verstärken den Schmerz; Freude, Hoffnung und Zuwendung vermindern ihn. Die Grenze zwischen «organisch» bedingtem oder psychisch bedingtem

Schmerz ist beim Krebschmerz fließend. Es hat daher keinen Sinn und ist unangemessen, Aussagen des Patienten zu bezweifeln. Nach heutigem Wissensstand besteht eine starke Wechselwirkung zwischen organischem Ursprung und psychischem Befinden. Die WHO hat ein Drei-Stufen-Schema zur Behandlung von Tumorschmerzen entwickelt, um eine effektive Schmerztherapie zu gewährleisten:

Stufe I: mäßige Schmerzen: peripher wirkende, antipyretische Analgetika.

Stufe II: starke Schmerzen: peripher wirkende antipyretische Analgetika und niederpotente, zentralwirkende Opiate.

Stufe III: sehr starke Schmerzen: peripher wirkende, antipyretische Analgetika und hochpotente, zentralwirkende Opiate.

70 Prozent der Patienten in der BRD erhalten nach Experteneinschätzung auch heute noch *keine ausreichende Schmerztherapie* (WANNEMACHER, 1994), obwohl bei etwa 95 Prozent der Betroffenen eine effektive Therapie möglich wäre. Eine für Tumorpatienten erfolgreiche Therapie mit zentral wirkenden Analgetika orientiert sich an folgenden Grundregeln:

- Regelmäßige Einnahme nach festem Zeitschema, nach dem Prinzip der Antizipation, d. h., es wird adäquat dosiert, bevor die Wirkung der vorherigen Dosis abgeklungen ist.
- Möglichst orale Verabreichungsform mit kontrollierter individueller Dosisanpassung.

Bei unzureichender Wirkung oraler Schmerzmittel besteht die Möglichkeit, das Opiat rückenmarksnah, z. B. peridural oder über einen implantierten Katheter direkt in den 3. Hirnventrikel, also ventrikulär, zu verabreichen.

Obwohl der wechselseitige Einfluß von psychosozialen Problemen und Schmerzerleben hinlänglich bekannt ist, werden in der Schmerzbehandlung die pharmakologische und psychotherapeutische Seite nicht aufeinander abgestimmt und koordiniert. Das bedeutet besonders für die Lebensqualität des Patienten unter Umständen eine große Beeinträchtigung. Der weiter oben beschriebene Einfluß von Depression, Angst und Streß auf die Schmerzwahrnehmung ist auch in umge-

kehrter Weise wirksam. In der Vergangenheit wurden daher leider häufig die reaktiven Störungsbilder der Krebspatienten fehldiagnostiziert. Auch deswegen werden diese Symptome bis heute vorwiegend mit Psychopharmaka behandelt, anstelle der eigentlich indizierten Kombination von Analgesie und Psychotherapie. Deshalb werden die Patienten oft nicht schmerzfrei, aber in ihren kognitiven Möglichkeiten beeinträchtigt. In der Regel lassen sich mit Psychopharmaka keine Analgetika einsparen. Die unberechtigte Furcht der Ärzte vor einer Analgetika-Sucht verhindert oft die angemessene Schmerzbehandlung.

Bei allen Schmerztherapien müssen folgenden Aspekte mit dem Patienten vorher erörtert werden:

Der Therapeut sollte genau erklären,

- welcher Zusammenhang zwischen Schmerz und Krebskrankheit besteht,
- was sich im Körper des Patienten im Zusammenhang mit den Schmerzen abspielt und welche Bedeutung Einflüsse bei der Schmerzwahrnehmung haben (Angst/Katastrophisieren = Muskelverspannung)
- welche Behandlung schädlich oder günstig sein kann, welche individuellen Schmerzbewältigungsstrategien hilfreich sind (s. u.)
- ob bzw. wieweit der Patient Vertrauen in die Kompetenz des Arztes in Bezug auf die Schmerzkontrolle hat.

Die am häufigsten und mit dem größten Erfolg angewandten Schmerztherapien sollen kurz geschildert werden. Alle Verfahren sind integrierte Behandlungskonzepte, d. h., sie verwenden sowohl psychologische als auch medikamentöse Komponenten. Grundlage der Schmerztherapien ist die «gate-control-Theorie» von MELZACK (1975) (vgl. Kap. IV.F). Sie betont neben den somato-sensorischen Faktoren bei der Schmerzerfahrung auch kognitiv-evaluative und motivational-affektive Aspekte.

Hilfreich bei der Schmerzbewältigung ist die *Informationsvermittlung*; durch sie kann schon eine Schmerzlinderung erreicht werden. Wenn dem Patienten das Wissen über die Beschaffenheit seiner Schmerzempfindung (sen-

sorische Komponente) und über seine Schmerzbewertung (affektive Komponente) vermittelt wird, können beide Komponenten bei entsprechenden Ratschlägen und in einer hinreichenden Beziehung entkoppelt werden: «Jetzt kann ich abschätzen, wie sich meine Schmerzen in den folgenden Stunden entwickeln, und ich kann sie benennen.». «Ich setze mir kleine Ziele, was ich im einzelnen gegen die Schmerzen tun werde.» Der Patient kann sich durch das Relativieren und die Vergeisserung seiner eigenen Kompetenz selbst ermuntern: «Ich sage mir, ich kann viel ertragen, ich bin nicht zimperlich.» Der Patient kann durch motorische Aktivitäten wie Wandern, Schwimmen, Stretching gegensteuern oder durch mechanische Einwirkungen auf die schmerzende Stelle Linderung bewirken.

Die *Aufmerksamkeitssteuerung* ist vor allem bei nicht schweren Schmerzen der beste «painkiller». Aufmerksamkeitssteuerung kann durch äußere Reize hervorgerufen werden wie z. B. Ablenkung durch Videospiele, Fernsehen oder Radio, oder durch innere kognitive Strategien wie Konzentration auf angenehme Gedanken oder Erinnerungen erzeugt werden. Die verschiedenen Techniken werden mit dem Patienten in mehreren therapeutischen Sitzungen sorgfältig ausgearbeitet und eingeübt.

Das am häufigsten angewandte Therapieverfahren zur Linderung von Krebschmerzen ist die *Hypnose* (SEEMANN, 1989). Anstelle der klassischen Hypnose werden in der Onkologie vor allem die von MILTON ERICKSON (1981) und SEEMANN (1989) entwickelten Techniken verwendet. Im Gegensatz zur konservativen Hypnosetechnik, die den Patienten eher in einer passiven Rolle sieht, geht ERICKSON davon aus, daß es sich bei der Hypnose um ein Interaktionsgeschehen zwischen Arzt und Patient handelt. Grundlage ist die Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, welche die Bereitschaft des Patienten fördert, dem Therapeuten aus der Realität in eine imaginierte Welt zu folgen. Krebspatienten zeigen in der Hypnosetherapie meistens eine hohe Kooperationsbereitschaft; sie sind motiviert, weil ihnen aus den Schmerzsymptomen kein sekundärer Krankheitsgewinn entsteht.

*Entspannungsverfahren* gehören als unspezifische Basistherapien auch in den Kreis der schmerzlindernden Behandlungsmethoden. Sie werden im nächsten Abschnitt noch ausführlicher dargestellt.

Evaluation von Schmerztherapie geschieht durch Prä-/Post-Vergleiche sowie durch Prozeßindikatoren, welche die Veränderungsvariablen im Therapieverlauf erfassen.

Die verschiedenen Komponenten der Schmerzerfahrung werden meist mit dem McGill Fragebogen (MELZACK, 1975) erfaßt. Art und Intensität von Schmerzen werden entweder mit spezifischen Beschwerdelisten oder mit linear-analog-assessment-Skalen (LASA) erfaßt.

#### 4.2 Weitere psychotherapeutische Interventionen

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich am Krankheitsverlauf. Die jeweilige somatische und psychische Situation des Patienten bestimmt die Anwendung der Therapieformen (stützend, beratend, übend oder aufdeckend). Im psychoonkologischen Bereich lassen sich fünf verschiedene Formen der Betreuung unterscheiden:

- Supportive Therapie
- Krisenintervention
- Beratungsgespräche/Kurztherapie
- geleitete Imagination und Entspannungstraining
- Sterbebegleitung.

Am häufigsten wird die *supportive Therapie* angewendet (s. Kap. III.F). Sie stellt auch bei körperlich schwerkranken Menschen eine Sonderform der Psychotherapie dar. Hauptmerkmal dabei ist der Aufbau einer stabilen Beziehung zum Patienten mit dem Ziel, seine gesunden Anteile zu stützen, Belastungen aufzufangen, die Selbstbestimmung des Patienten zu stärken und ihn zu ermutigen, auch negative Gefühle zuzulassen.

Befindlichkeiten, Befürchtungen und Vorahnungen werden vom Patienten oft nur indirekt, in symbolhafter Form mitgeteilt. Der Therapeut muß ihren emotionalen Gehalt erkennen und verstehen, was sich hinter den scheinbar allgemeinen Äußerungen des Patienten verbirgt. Insofern haben die Gespräche

auch eine diagnostische Funktion. Solche vorbewußten Botschaften des Patienten bieten auch für die Ärzte und Schwestern oft wichtige Hinweise für Behandlungsstrategien.

Zur supportiven Therapie gehören aber auch Gesprächsphasen ohne konflikthafte Themen. Sie dienen dem Aufbau und der Aufrechterhaltung des Kontaktes. Der Therapeut muß allerdings jederzeit aufmerksam sein, denn schnell können scheinbar nebensächliche und irrelevante Themen zentrale Bedeutung bekommen. Diese Art von Gesprächshaltung setzt ein geschultes Einfühlungsvermögen voraus, damit der Therapeut ohne bestimmte Erwartungshaltung den Patienten auch inhaltlich begleiten kann.

Die Methoden der supportiven Therapie sind überwiegend aktives Zuhören, seltener direktives Gesprächsverhalten, Interpretationen und Deutungen. In bestimmten Situationen ist nicht nur direktives Gesprächsverhalten, sondern auch die Themensetzung durch den Therapeuten notwendig – ein sonst im psychotherapeutischen Kontakt unübliches Vorgehen. Dies geschieht im Auftrag des Arztes oder in Absprache mit ihm z. B. im Umfeld von Aufklärungsgesprächen oder Therapieentscheidungen, bei bevorstehender Entlassung in ein Heim, bei Kommunikationsstörungen usw., um zu einer Klärung zu kommen, ob und in welcher Weise der Patient die anstehende Entscheidung mittragen kann. Der Patient kann sich in solchen Gesprächen in Ruhe mit der Problematik befassen und eigene Lösungen, Wünsche oder Ziele definieren. Supportive Therapie bedeutet immer auch die Zusicherung einer potentiell ständigen Verfügbarkeit des Therapeuten. Diese Zusicherung allein hat schon einen therapeutischen Effekt.

*Kriseninterventionen* werden bei plötzlich eintretenden, dramatischen Ereignissen und Situationen notwendig (z. B. einschneidende Diagnose-, Prognoseveränderungen, akute phobische Reaktionen auf Behandlungs- oder Diagnosemaßnahmen, Hilf- und Hoffnungslosigkeit (vgl. Kap. III.F), akutes Auftreten massiver Schmerzzustände, plötzlich notwendige stationäre Aufnahme usw.). Hauptkennzeichen der Krise ist eine massive Bedrohung der persönlichen Identität, bei onkologisch und anderen körperlich schwer kranken Per-

sonen besonders der körperlichen Identität. Die Abwehrmechanismen funktionieren nicht mehr adäquat; vorhandene Bewältigungsstrategien reichen nicht mehr aus. Es droht eine totale Dekompensation (z. B. panische Angst, Hilflosigkeit), die in erster Linie den Betroffenen selbst, aber auch die Funktionsfähigkeit der Behandelnden gefährden kann. Kommunikation ist in dieser Phase nur sehr eingeschränkt möglich. In einer Krisensituation ist es günstig, wenn bereits eine gute, tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut etabliert ist, denn die Krise erfordert einen sehr engen Kontakt zum Patienten (Ansprechen und Körperkontakt). Wichtig ist es auch, den Patienten immer wieder mit Namen anzusprechen. Es kann aber auch notwendig sein, direkter vorzugehen, als es im Rahmen der supportiven Therapie üblich ist. Der Therapeut muß die «Führung» für den Patienten übernehmen können, wenn dies zur Schaffung eines Realitätsbezugs sinnvoll und notwendig ist.

Bei *Beratungsgesprächen* liegt das Ziel vor allem in einer Klärung der Situation des Patienten. Die Aufgaben des Psychotherapeuten besteht hierbei primär in einer Hilfe zur Selbsthilfe. Das Erkennen seiner Situation und der ihn belastenden Probleme soll den Patienten befähigen, seine Entscheidungen selbst zu treffen und in praktisches Handeln umzusetzen.

*Konfliktbearbeitende Psychotherapien* (vgl. Kap. III.C) sind in der Regel Kurztherapien für besondere Indikationen. Im Fall von Klaustrophobie z. B. kann eine erfolgreiche Kurzpsychotherapie die notwendige Voraussetzung für die strahlentherapeutische Behandlung sein.

In Kombination mit Entspannungsverfahren wie Autogenes Training (AT) und Progressive Muskelrelaxation (PMR) ermöglicht die *Geleitete Imagination* (GI) einen tieferen und länger anhaltenden mentalen und körperlichen Entspannungszustand als nur AT oder PMR. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in der Anleitung zur Entspannung und der verbalen Induktion von Vorstellungsbildern. Ziel der Vermittlung dieser Bilder in entspanntem Zustand ist es, dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit, des

Wohlgefühls oder der Hoffnung zu vermitteln. Der Inhalt solcher Vorstellungsbilder variiert: Es kann sich dabei um eine Sommerwiese oder einen Meeresstrand handeln. Es können auch mit dem Patienten gemeinsam entwickelte Bilder, die eine für ihn angenehme Vorstellung oder Erinnerung enthalten, oder Phantasien, die einen erfolgreichen Genesungsverlauf vorwegnehmen, verwendet werden. Der Vorteil von gemeinsam entwickelten Phantasien und Vorstellungsbildern ist, daß der Patient einen besseren Zugang zu ihnen hat, weil er sie mitgestaltet. Auch wird verhindert, daß Imaginationsverfahren einfach nur durch Medien, z. B. als Audiokassette, verabreicht werden.

Trotz der großen Zahl von Publikationen über verschiedene psychosoziale Interventionen gibt es keine Angaben zur Effizienz der einzelnen Methoden. Etwa die Hälfte aller Publikationen über psychosoziale Interventionen beschäftigen sich mit Mammakarzinompatientinnen. Wenn auch die Diagnose eine einheitliche Gruppe suggeriert, sind doch erhebliche Unterschiede im Tumorstadium, im Alter der Patientinnen, in der Erkrankungsdauer sowie in der Zielsetzung der medizinischen Interventionen festzustellen. So ist es nicht verwunderlich, wenn HOLLAND und ROWLAND (1989) uneinheitliche, zum Teil widersprüchliche Ergebnisse in der Copingforschung konstatieren. Dagegen verzeichnen Untersuchungen zur Effektivität psychosozialer Interventionen bei Krebspatienten fast einhellig die Verbesserung der Lebensqualität. Neben Studien, die den Einfluß psychosozialer Interventionen auf die globale Lebensqualität, Angst, Depression, Selbstkonzepte und «Orte der Kontrolle» (locus of control) untersuchten (SCHAFFNER, 1994), wurden auch Studien veröffentlicht, die das härtere Kriterium der Überlebenszeit anlegten. SPIEGEL (1992) und FAWZY (1990) konnten bei Mammakarzinompatientinnen, die ein Jahr lang an wöchentlicher Gruppentherapie teilnahmen (N = 34), gegenüber einer Gruppe ohne Psychotherapie (N = 24) die Lebensdauer um 18 Monate verlängern. Diese empirischen Befunde bedürfen noch der Replikation, wenn auch neuere Untersuchungen in die gleiche Richtung weisen.

### 4.3 Angehörige

In empirischen Studien und in der klinischen Erfahrung zeigt sich, daß der Zusammenhalt und die wechselseitige Sorge füreinander in Familien mit einem Krebskranken wächst (WIRSCHING, 1990; BUDDEBERG, 1989; MEERWEIN, 1991; SCHULZ et al., 1990). Während sich die innerfamiliären Grenzen immer mehr verwischen – man kann schon fast von einer gegenseitigen «Verklammerung» der einzelnen Mitglieder sprechen –, grenzt sich die Familie gegenüber der Umwelt immer stärker ab. Die Bindungen innerhalb der Familie sind häufig durch moralische Verpflichtung und Überbehütung geprägt. Die Kommunikation ist durch das Meiden aggressiver Auseinandersetzungen bei gleichzeitiger emotionaler Anspannung eingeschränkt. Vor allem in der Anfangszeit, wenn der Patient erstmals aus dem Krankenhaus entlassen wurde, überwiegt das Harmoniebedürfnis. In dieser Phase wird von allen Familienmitgliedern bei der Wiedereingliederung des Erkrankten und einer eventuell neu zu definierenden Rollenverteilung eine große Anpassungsleistung gefordert. Verschiedene, durch die Erkrankung bedingte Belastungen müssen von der Familie bewältigt werden. So müssen Aufgaben, die vorher der Patient hatte, von anderen Mitgliedern der Familie übernommen werden, was dazu führen kann, daß dadurch das Selbstwertgefühl des Erkrankten verletzt wird. Dies kann dadurch noch verstärkt werden, daß die Übernahme von pflegerischen Maßnahmen durch andere Familienmitglieder notwendig wird. Es gibt darüber hinaus meist noch eine Vielzahl von Einschränkungen im Freizeit- und Sozialbereich. Dies alles kann zu einer Reihe von psychischen und sozialen Problemen führen, welche die Entwicklung einer gemeinsamen Bewältigungsstrategie notwendig machen.

Sexuelle Bedürfnisse nehmen im Laufe einer belastenden Strahlen- und/oder Chemotherapie sowie mit Fortschreiten der Krankheit in der Regel ab. Damit der gesunde Partner dies nicht als Zeichen von Desinteresse deutet und sich gekränkt vom Partner zurückzieht, sind Informations- und Aufklärungsgespräche mit dem Arzt oder Psycholo-

gen sehr wichtig. Auf der anderen Seite ist es nicht selten, daß Kranke in der terminalen Phase starke libidinöse Wünsche haben. Hier ist es wichtig, mit dem Partner stützende Gespräche zu führen, um zu verhindern, daß er sich frühzeitig zurückzieht und später von Schuldgefühlen geplagt wird. Allgemein läßt sich feststellen: Ist eine Partnerschaft vor der Erkrankung intakt, bleibt sie in der Regel auch unter der großen Belastung der Krankheit tragfähig.

Zum Abschluß sollen noch einige Überlegungen zum Umgang mit Angehörigen von terminal Kranken mitgeteilt werden. Die frühere Praxis, den direkten Angehörigen in flüchtigen Gesprächen auf dem Korridor Diagnose, Prognose und Therapieverlauf – also Fakten, die für sie persönlich ebenso einschneidend wie für den Patienten selbst sind – mitzuteilen, sollte vermieden werden. Wenn der Patient noch voll geschäftsfähig ist, soll man ihm selbst die Entscheidung überlassen, wer von seinen Angehörigen als «nächster» Angehöriger anzusehen und in die Betreuung miteinzubeziehen ist, und nicht die juristische Reihenfolge einhalten. Es hat sich bewährt, den Patienten zu dem von einem Angehörigen gewünschten Gespräch hinzuzuziehen. Der Patient braucht so nicht zu fürchten, daß vor seiner Tür anders gesprochen wird als an seinem Krankenbett. Sein Vertrauen wird gefördert und Mißtrauen vermieden. Der Arzt muß aufgrund seiner bisherigen Erfahrungen einschätzen können, ob der Patient und/oder die Angehörigen den Belastungen gewachsen sind. Patienten sind selten das schwächste Glied in der Familienkonstellation und zeigen ein wenig Erstaunen oder gar Abneigung gegenüber gemeinsamen Gesprächen mit Angehörigen.

Das Wissen um den nahen Tod eines Angehörigen ruft bei den anderen Betroffenen, Schmerz, Auflehnung und häufig Schuldgefühle hervor. Bei länger verlaufenden Erkrankungen setzt bei Angehörigen oft eine sogenannte antizipatorische Trauer ein. Aufgabe des Arztes ist es, die Angehörigen in die Betreuung intensiver einzubeziehen, um solchen negativen Entwicklungen vorzubeugen und eine Versöhnung zu ermöglichen.

Mit zunehmender Nähe zum Tod wird das Wahrnehmungs- und Orientierungsvermögen geringer und kann zu totaler Bewußtlosigkeit führen. Dennoch: Mit der Mehrzahl der Kranken kann man bis zum letzten Tag noch kommunizieren. 70 Prozent der terminal Kranken, die im allgemeinen Krankenhaus liegen, und auch jene, die zu Hause gepflegt werden, sind auch noch 24 Stunden vor ihrem Tod voll ansprechbar, und bei 25 Prozent der Sterbenden ist dies auch 15 Minuten vor dem Tod noch möglich.

90 Prozent der Menschen in Deutschland sterben in Krankenhäusern, aber 80 Prozent würden lieber zu Hause sterben. Deshalb wurden mehrere empirische Studien zur häuslichen Pflege terminal kranker Tumorpatienten durchgeführt (KLEEBERG et al., 1991).

Die Hinterbliebenen wurden vier bis zwölf Wochen nach dem Tode des Patienten gebeten, sich an der Untersuchung zu beteiligen. Die Stichprobe umfaßte 92 Personen. Der Betreuungszeitraum in dieser Stichprobe betrug durchschnittlich zwei Jahre. Die Zeit der Bettpflege dauerte im Mittel sechzehn Tage. Bei 85 Prozent der Betreuer handelte es sich um den Ehepartner der verstorbenen Patienten. Die Hälfte der Befragten gab an, daß sich in ihrer Beziehung während der Betreuungszeit nichts geändert habe, und 90 Prozent derjenigen, die eine Veränderung angaben, bezeichneten diese als positiv. Der Umgang miteinander wurde als liebevoller und verständnisvoller empfunden. 42 Prozent antworteten auf die direkte Frage nach Gefühlen wie Ungeduld, Ärger, Wut, daß sie dergleichen zumindest manchmal verspürt hätten. Zwischenzeitliche Krisensituationen, in denen der Abbruch der häuslichen Betreuung erwogen wurde, erlebten nach eigenen Angaben nur 12 Prozent. Niemand gab die häusliche Betreuung wegen der aufgetretenen Schwierigkeiten auf. Bei 26 Prozent der Befragten traten während der Betreuung Beschwerden wie Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Grippe, Magenbeschwerden oder rheumatische Beschwerden auf. Die Frage, ob sie jetzt körperliche Beschwerden hätten, die auf mit der Pflege verbundenen Anstrengungen zurückzuführen seien, verneinten 2/3 der Betreuer; etwa 1/3 gab an, daß die eigene Gesundheit auch über den Zeitraum der Betreuung hinaus beeinträchtigt gewesen sei. 70 Prozent antworteten, daß die stärkste Belastung die Ohnmacht gegenüber der Erkrankung war: das Gefühl, nicht helfen zu können, sich das Leiden ansehen zu müssen, die Verschlechterung des Zustandes des Patienten und seine Schmerzen miterleben. Für die Hälfte der Betreuer waren die Auseinandersetzungen mit der Endgültigkeit, die alle Zukunftspläne zunichte machte, und die

Angst vor der Sterbestunde die am schwersten zu bewältigenden Probleme. Die psychische Belastung trat weit mehr in den Vordergrund der subjektiven Bewertung der Betreuungssituation als die physische. 40 Prozent der Betreuer bejahten die direkte Frage, ob auch über die Krankheit gesprochen worden war. 32 Prozent hatten nicht über dieses Thema geredet, 28 Prozent nicht über die Schwere der Krankheit. 94 Prozent der Befragten gaben an, daß der Patient ihnen gegenüber dankbar gewesen sei, bis zuletzt zu Hause bleiben zu können. Der Frage: «Wird Ihre jetzige Situation dadurch erleichtert, daß Sie zu Hause betreut haben?» stimmten – bis auf eine Ausnahme – alle Befragten zu. Rückblickend gaben 3/4 der Betreuungspersonen an, daß sie wieder bereit wären, die häusliche Versorgung des Patienten zu übernehmen. 17 Prozent waren unsicher und 7 Prozent lehnten zum Befragungszeitpunkt die erneute Übernahme einer häuslichen Betreuung und Pflege ab.

Befragt man dagegen Angehörige von terminal Krebskranken (N = 56), die im Krankenhaus gepflegt wurden und dort starben, so gaben als Gründe für die Entscheidung zur stationären Pflege der terminal Kranken 7 Prozent der Befragten an, daß sie sich durch die häusliche Pflege psychisch überlastet fühlten, 30 Prozent, daß sie der Aufgabe physisch nicht gewachsen waren. Ebenfalls 7 Prozent sahen keine Möglichkeit für die Durchführung der Hauspflege. Diese Angaben waren unabhängig vom Alter der Betreuer.

Die Einweisung in ein Krankenhaus erfolgte bei 85 Prozent der Patienten auf Anraten der Ärzte, bei 24 Prozent auf Wunsch des Patienten. 57 Prozent der Befragten gaben an, daß sie jederzeit mit dem Arzt sprechen konnten.

54 Prozent der Hinterbliebenen hatten mit ihrem kranken Angehörigen nicht über die Krankheit und den Tod gesprochen, wobei als Gründe u. a. die unpersönliche Atmosphäre im Krankenhaus und die fehlende Gelegenheit zum ungestörten Gespräch genannt wurden. 68 Prozent der Befragten waren in der Todesstunde nicht anwesend. 86 Prozent von ihnen waren vom Krankenhaus zu spät benachrichtigt worden. 61 Prozent gaben an, daß es sie bedrücke, in der Stunde des Abschieds nicht bei ihrem Lebenspartner gewesen zu sein. Schuldgefühle, Schlaflosigkeit, Nervosität, Depression und Einsamkeit wurden von den Hinterbliebenen als Belastungen nach dem Tode des Partners angegeben.

Als ein Fazit ist festzustellen, daß die häusliche Pflege terminal Kranker einer stationären «Behandlung» trotz der angegebenen psychischen und physischen Belastungen der Betreuer vorzuziehen ist, insbesondere dann, wenn der Patient selbst die häusliche Betreuung wünscht.



In den angelsächsischen Ländern hat sich seit längerer Zeit die *Hospiz-Bewegung* bewährt. In der BRD wird diese Bewegung noch mit Skepsis betrachtet; allmählich nehmen aber auch hier die einschlägigen Einrichtungen zu. In speziell für Sterbende eingerichteten Häusern oder auf sogenannten «Palliativstationen» werden die terminal Kranken medizinisch voll versorgt, wobei die menschliche Begleitung durch einen Personalschlüssel von 1 zu 1 rund um die Uhr gesichert ist. Dem Patienten wird eine weitgehende Selbstbestimmung durch wohnliche Gestaltung der Zimmer und die Möglichkeit, z. B. eigene Bilder aufhängen zu können, erhalten, und die zeitlich unbegrenzte Anwesenheit von Angehörigen soll ein würdiges Sterben ermöglichen, auch wenn die häusliche Pflege nicht mehr gewährleistet ist.

Wenn Angehörige nach dem Tod eines Familienmitgliedes, auch nach einer mehrmonatigen (6–12 Monate) Trauerphase, ihr seelisches Gleichgewicht nicht wiedererlangen, besteht für sie die Möglichkeit, sich einer *Selbsthilfegruppe* anzuschließen. In diesen Selbsthilfegruppen wird die Trauerphase oft erfolgreicher als in einer Psychotherapie bewältigt. Das Aussprechen von Trauer, Leid und Verlusterlebnissen ist unter Mitführenden, weil Mitbetroffenen, die beste Hilfe (vgl. Kap V.C).

#### 4.4 Betreuer

Die besondere Belastung von Ärzten und Pflegepersonal in der Onkologie wird mit der Besonderheit der Krebserkrankung selbst begründet (HOLLAND u. ROWLAND, 1989; HERSCHBACH, 1991; RATAK u. SCHIEBEL-PIEST, 1992). Die Besonderheiten sind im einzelnen:

- Merkmale der Krebserkrankung selbst, ihre Allgegenwärtigkeit, die mangelnde Vorhersagbarkeit und der häufig tödliche Ausgang
- Merkmale der Behandlung, die Furcht vor Bestrahlung und Chemotherapie, die Nebenwirkungen derselben
- die Formen palliativer Behandlung

- Teamkonflikte im Zusammenhang mit Entscheidungen über den Behandlungsverlauf
- emotionale Reaktionen der Patienten auf die Diagnose
- persönliche Ängste beim Personal
- soziale Isolation im Privatleben.

Die emotionalen Belastungen sind nach MEERWEIN (1991) dadurch gegeben, daß Krebspatienten häufig unbewußte Feindbilder auf das Pflegepersonal projizieren, wenn die therapeutische Ohnmacht nicht ertragen werden kann und als böswillige Verweigerung von Hilfe mißverstanden wird. Schwer depressive Patienten, besonders solche in der terminalen Phase, die ihren Zustand verleugnen, erschweren den Kontakt auch dann, wenn durch längere Liegezeiten und wiederholte Aufenthalte auf der Station eine engere persönliche Beziehung entstanden ist.

*Burn-out* («ausgebrannt») benennt das Phänomen, das bei einst hochmotivierten, engagierten Ärzten und Schwestern vorkommt: Schleichend breitet sich aufgrund von chronischer Überlastung körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung aus, und es wird immer schwerer für sie, sich auf die Patienten mitfühlend einzustellen. An seinem Zustandekommen sind viele institutionelle Rahmenbedingungen beteiligt, welche unspezifisch sind:

- ein zu geringer Personalschlüssel, der zu Überlastung führt
- Rollenkonflikte aufgrund hierarchischer Strukturen
- schwerfällige Bürokratie, die den Informationsfluß hemmt
- Zeitdruck, unklare Aufgabenverteilung und fehlender Rückhalt bei Kollegen.

Spezifische durch die Krebspatienten bewirkte Probleme sind die Abgrenzung und der Umgang mit eigenen Aggressionen.

Gegenmaßnahmen sind die Einführung von regelmäßigen Stations- bzw. Teambesprechungen, eine psychoonkologische Weiterbildung sowie eine regelmäßige Fachsupervision oder BALINT-Gruppe (vgl. Kap. III.B) durch einen außerhalb der Hierarchie stehenden Supervisor.

## Literatur

- BAHNSON CB: Stress and cancer: The state of the art. Part II. *Psychosom* 22(3), 207–220, 1981
- BAHNSON CB: Trennungs- und Verlusterlebnisse bei Frauen mit Mastektomie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 36, 25–31, 1986
- BARTROP RW, LAZARUS L, LUCKHORST E, KILOH LG, PENNY R: Depressed lymphocyte function after bereavement, *Lancet* 1, 834–836, 1977
- BEUTEL M: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Edition medizin VCH, Weinheim 1988
- BLOOM JR, SPIEGEL D: The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Soc Sci Med* 19(8), 831–837, 1984
- BONICA JJ: Cancer Pain (Hrsg.): BONICA JJ: Pain, S. 335, Raven Press, New York 1985
- BUDDEBERG C: Ehen krebserkrankter Frauen. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore 1985
- BUHRMESTER C, VON KEREKJARTO M, RATSACK G, SCHIEBEL-PIEST B: Medizinpsychologische Betreuung von Tumorpatienten im stationären und ambulanten Bereich. In SPIEGEL-RÖSING I, PETZOLD H (Hrsg.) Die Begleitung Sterbender, S. 577, Junfermann, Paderborn 1984
- BULLINGER M: Forschungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Krebs. In VERRES R, HASENBRING M (Hrsg.) Psychosoziale Onkologie, Bd. 3, S. 45, Jahrbuch der med. Psych., Springer, Berlin 1989
- DEROGATIS LR, ABELOFF MD, MELISARATOS N: Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *J Am Med Ass* 242, 1503–1508, 1979
- DEUTSCH F: On the mysterious leap from the mind to the body. New York 1959
- DE VITA, HELLMAN S, ROSENBERG SA (Hrsg.): Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott, Philadelphia 1989
- DOLL R, PETO R: The causes of cancer. Oxford University Press, New York 1981
- DUNBAR F: Mind and body. Random House, New York 1948
- ERICKSON MH: The interpersonal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *Am J of Clinical Hypnosis* 8, 198–209, 1977
- EYSENCK HJ: Personality stress and cancer prediction and prophylaxis. *Br J Med Psychol* 61, 57–75, 1988
- FAWZY FI, COUSINS N, FAWZY NW, KEMENY ME, ELASHOF R, MORTON D: A structured psychiatric intervention for cancer patients I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 47, 720–725, 1990
- FAWZY FI, KEMENY ME, FAWZY NW, ELASHOF R, MORTON D, COUSINS N, FAHEY JL: A structured psychiatric intervention for cancer patients II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry* 47, 729–735, 1990
- FERBER C VON, FERBER L VON: Der kranke Mensch in der Gesellschaft. Rowohlt, Reinbek 1978
- FOLLICK et al.: Psychosocial adjustment following ostomy. *Health Psychol* 3, 505–513, 1984
- FOX, BH: Current theory of psychogenic effects on cancer, incidents and prognosis. *J Psychosoc Oncol* 1, 17–32, 1983
- GÖTZE P, HUSE-KLEINSTOLL G: Präoperative Angst und Angstbewältigung: Psychodiagnostische Probleme und therapeutische Implikationen aus psychoanalytischer Sicht. *Psychother Psychosom Med Psychol* 38, 232–239, 1988, 1988
- GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW: Psychological responses to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet* 2, 785–787, 1979
- GRODDECK G: Psychosomatische Forschung als Erforschung des Es. Berlin 1934
- HARVALD B, HAUGE M: Heredity of cancer elucidated by a study of unselected twins. *JAMA* 186, 749–753, 1963
- HEIM E: Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother Psychosom Med Psychol* 38, 8–18, 1988
- HEIM M: Alternativ Therapien bei Krebserkrankten. Deutscher Krebsskongress, Berlin 16–20 März 1992
- HENDERSON C: Breast cancer. In WILSON JD, BRAUNWALD E, ISSELBACHER KJ, PETERSDORF RG, MARIN UB, FAUCI AS, ROOT RK (Hrsg.) Principles of internal medicine, Bd. 2, McGraw-Hill, New York 1991
- HERSCHBACH P: Streß im Krankenhaus – Die Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 176–186, 1991
- HOLLAND C: Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: Human studies. In HOLLAND JC, ROWLAND JH (Hrsg.) Handbook of psychoncology. Oxford University Press, New York 1989
- JÜRGEN J: Medikamente gegen Krebs Schmerzen. Edition medizin VCH, Weinheim 1991
- KEREKJARTO M VON, SCHUG S: Psychosoziale Betreuung von Tumorpatienten im ambulanten und stationären Bereich. Aktuelle Onkologie, Bd. 37, Zuckschwerdt, München 1987
- KEREKJARTO M VON: Über die Notwendigkeit einer psychosozialen Versorgung onkologisch Kranker. In BECKMANN D, DAVIS-OSTERKAMP S, SCHEER JW (Hrsg.) Medizinische Psychologie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1982
- KEREKJARTO M VON, SCHULZ K-H, KRAMER C, FITTSCHEN B, SCHUG SE: Grundlegende Aspekte zum Konzept der Lebensqualität. In VERRES R,

- HASENBRING M (Hrsg.) Psychosoziale Onkologie, Bd. 3, S. 18, Jahrbuch – Med. Psych. Springer Berlin 1989
- KEREKJARTO M VON: Begleitung sterbender Krebspatienten. In KLUSMANN R, EMMERICH B (Hrsg.) Der Krebskranke. Psychosomatische Medizin im interdisziplinären Gespräch. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1989
- KIECOLT-GLASER JK, GLASER R, STRAIN EC, STOUT J, TARR KL, HOLLIDAY BS, SPEICHER C: Modulation of cellular immunity in medical students. *Journal Behav Med* 9, 5–21, 1986
- KISSEN BM: Psychosocial factors, personality and lung cancer. *Men Br J Med Psychol* 40, 29–43, 1967
- KLEEBOURG UR, KEREKJARTO M VON, KADEN H, WAGNER-BASTMEYER R, KUR A, SCHULZ K, BOGEAN G, REICHEL L, ERDMANN H: Supportive care of the terminally ill cancer patient at home and in a day-hospice. *Onkologie* 14, 240–246, 1991
- KLUSMANN D: Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In ANGERMEYER MC, KLUSMANN D (Hrsg.) Soziales Netzwerk. Springer, Berlin 1989
- KLUSMANN R: Psychosomatische Medizin Springer, Berlin/Heidelberg/New York/Tokio 1986
- KÜBLER-ROSS E: Interviews mit Sterbenden. Kreuzverlag, Stuttgart 1977
- KÜCHLER T, SCHREIBER HW: Lebensqualität in der Allgemeinchirurgie. *HÄB* 43, 246–250, 1989
- KÜCHLER T: Lebensqualität post operationem. Habilitationsschrift, Hamburg 1992
- LAZARUS RS, LAUNIER R: Stress related transactions between person and environment. In PERVIS LA, LEWIS M (Hrsg.) Perspectives in interactional psychology, S. 287, Plenum, New York 1978
- LE SHAN L: Psychotherapie gegen den Krebs. Klett-Cotta, Stuttgart 1982
- MEERWEIN F: Die Arzt-Patientenbeziehung des Krebskranken. In MEERWEIN F (Hrsg.) Einführung in die Psycho-Onkologie, 2. Aufl., Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1981
- MELZACK R: The McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1, 1277–1299, 1975
- MEYER AE, KEREKJARTO M VON: Umgang mit zum Tode Kranken. In JORES A: Praktische Psychosomatik, 2. Aufl., Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1981
- MORRIS et al.: Psychological and social adjustment to mastectomy. A two-year-follow-up study. *Cancer* 40, 2381–2387, 1977
- MOSER G, KISS A, SACHS G, SPIESS K, SCHWARZMEIER J: Die Bedeutung psychosozialer Beschwerden in der Erstanamnese – Eine Untersuchung an unselektierten Patienten einer internistisch/poliklinischen Universitätsambulanz. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 1989
- NAOR S, ASSAEL M, PECHT N, TRAININ N, SAMUEL D: Correlations between emotional reaction to loss of an unborn child and lymphocyte reaction to mitogenic stimulation in women. *Israel J Psychiatry Related Sciences* 20, 231–239, 1983
- NEWBERRY BH, GORDON TL, MEEHAN S: Animal studies of stress and cancer. In COOPER CL, WATSON M (Hrsg.) Cancer and stress: Psychological, biological and coping studies. Wiley, New York 1991
- PETTINGALE KW: Coping and cancer prognosis. *J Psychosom Res* 28(5), 363–364, 1984
- RATSAK G, SCHIEBEL-PIEST B: Psychoonkologie für Krankenpflegeberufe. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992
- REVENSON TA, WOLLMAN CA et al.: Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosom Med* 45(4), 321–331, 1983
- ROSENBERG SA, LONGO DL, LOTZE MT: Principles and applications of biologic therapy. In DE VITA VT, HELLMAN S, ROSENBERG SA (Hrsg.) Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott, Philadelphia 1989
- SCHOTTENFELD D, FRAUMENI JF JR (Hrsg.): Cancer epidemiology and prevention. Saunders, Philadelphia 1982
- SCHULZ K-H, SCHULZ H: Overview of psychoneuroimmunological stress- and intervention studies in humans with emphasis on the uses of immunological parameters. *Psycho-Oncology* 1, 1991
- SCHULZ K-H, KEREKJARTO M VON, SCHULZ O, KASTNER G: Der Krebskranke in seiner Familie. In KOCH U, POTRECK RR (Hrsg.) Rehabilitation von Krebskranken. Springer, Berlin 1992
- SCHWARZ R: Psychoätiologische Theorien der Krebsentstehung und deren empirische Überprüfung am Beispiel des Mamma- und Bronchialkarzinoms. Habilitationsschrift, Heidelberg 1991
- SCHWARZ R: Psychosoziale Faktoren in der Karzinomgenese: Zur Problematik der sogenannten Krebspersönlichkeit. *Psychother Med Psychol* 43, 1–9, 1993
- SEEMANN H: Aktuelle Trends bei der Schmerzbekämpfung in der Onkologie. In VERRES R, HASENBRING M: Psychosoziale Onkologie. Bd. 3 – Jahrbuch der med. Psych., Springer, Berlin 1989
- SENN HJ: Wahrhaftigkeit am Krankenbett. In MEERWEIN F (Hrsg.) Einführung in die Psychoonkologie, 3. Aufl., Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1985
- SHAVIT Y, LEWIS JW, TERMAN GW, GLAE RP, LIEBESKIND JC: Endogenous opioids may mediate the effects of stress on tumor growth and immune function. *Proc West Pharmacol Soc* 26, 53–56, 1983
- SHAVIT Y, LEWIS JW, TERMAN GW, GALE RP, LIEBESKIND JC: Opioid peptides mediate the sup-

- pressive effect of stress on natural killer cell cytotoxicity. *Science* 223, 188–190, 1984
- SIMONTON OC, MATHEWS-SIMONTON S, CREIGHTON J: Getting well again. Tarcher, St. Martins/New York 1978
- SKLAR LS, ANISMAN H: Stress and coping factors influence tumor growth. *Science* 205, 513–515, 1979
- SKLAR LS, ANISMAN H: Stress and cancer. *Psychol Bull* 89, 369–406, 1981
- SOUEGEK D: Can psychotherapy prolong cancer survival? *Psychosomatics* 31, 361–366, 1992
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1991 für das vereinte Deutschland. Wiesbaden 1991
- TAYLOR P et al.: Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer. *Cancer* 55, 2506–2513, 1985
- TAYLOR P, ABRAMS D, HEWSTONE M: Cancer, stress and personality: A correlational investigation of life-events, repression-sensitization and locus of control. *Br J Med Psychol* 61, 179–183, 1988
- VENTAFRIDDA V, DAM FSAM, YANCIK R, TAMBURINI M (Hrsg.): Assessment of quality of life and cancer treatment. Excerpta Medica, Amsterdam 1986
- VISINTAINER MA, VOLPICELLI JR, SELIGMAN MEP: Tumor rejection in rats after inescapable or escapable shock. *Science* 216, 437–439, 1982
- WANNENMACHER M: Eröffnungsrede des Präsidenten zur Deutschen Krebsforschung am 16. März in Hamburg 1994
- WEISMAN AD: Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sci* 271, 187–196, 1976
- WEISMAN AD: On dying and denying. Behavioral Publications, New York 1972
- WEISMAN AD, WORDEN WJ: The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *J Psychiatry Med* 7(1), 1–15, 1976
- WIRSCHING M, DRINGS P et al.: Psychosoziale Faktoren der Gesundheitserhaltung? Prospektive Untersuchungen bei Brustkrebs, Bronchialkrebs und Mastopathia fibrocystica. *Psychother Med Psychol* 40, 70–75 1990
- ZENS J: Aus der täglichen pflegerischen Arbeit mit Tumorkranken. Ein persönlicher Erfahrungsbericht. 1993

# J. Allergie

RAINER RICHTER

## 1. Definition, Symptomatik, Verlauf

Als «allergisch» werden in der Regel solche erworbenen körperlichen Reaktionen bezeichnet, die durch Vermittlung von Antikörpern oder immunkompetenten Zellen entstehen. Das Auftreten von Antikörpern oder immunkompetenten Zellen setzt eine vorherige Sensibilisierung voraus, d. h., das Immunsystem bildet spezifische Antikörper auf in den Organismus eingedrungene «Fremdstoffe», die in der Lage sind, bei erneutem Kontakt mit diesen Fremdstoffen zu reagieren. «Im Falle der Immunität führt diese Auseinandersetzung zwischen körperfremden Antigenen mit den Produkten des Immunsystems zu einem Schutz, hingegen liegen die Dinge bei der Allergie umgekehrt: Primär unschädliche, von den meisten Menschen tolerierte Stoffe werden infolge von Reaktionen mit Antikörpern oder sensibilisierten T-Zellen pathogen und können zu Krankheitserscheinungen führen» (FUCHS u. SCHULZ, 1993, S. 1).

Als Einteilungsprinzip hat sich die Klassifikation allergischer Entzündungen in vier Reaktionstypen international durchgesetzt: Typ I (anaphylaktische Reaktion), Typ II (zytotoxische Reaktion), Typ III (Immunkomplexreaktion), Typ IV (zellvermittelte Reaktion vom Spättyp). Epidemiologisch und auch im Zusammenhang mit psychosomatischen Faktoren ist insbesondere die Allergie vom Soforttyp I relevant, bei der die für die Ent-

zündungsreaktion verantwortlichen Mediatoren (z. B. Histamin, Leukotriene) aus der Mastzelle stammen.

Klinisch manifestiert sich die allergische Reaktion zunächst an demjenigen Organ, durch welches das Allergen in den Organismus gelangt ist (Kontaktregel): Allergenkontakte an den Schleimhäuten lösen entsprechend lokalisierte Beschwerden aus: Hautkontakt – Kontaktekzem, Nasenschleimhaut – Fließschnupfen, Bronchialschleimhaut – Asthma, Dünndarm – Durchfall etc. Die Kontaktregel gilt jedoch nur unter Einschränkungen: Einerseits kann die allergische Reaktion generalisieren (anaphylaktischer Schock), andererseits kann es zu Fernreaktionen (z. B. bei Insektengiftallergien, Arzneimittelallergien) kommen. Die Zahl der Allergene ist sehr groß; es gibt Inhalationsallergene (z. B. Pflanzenpollen, Schimmelpilzsporen, Hautschuppen, Hausstaubmilbe), Nahrungsmittelallergene (z. B. Milch, Hühnereiweiß, Fische, Nüsse), Insektengiftallergene, Arzneimittelallergene (z. B. Penicillin), Kontaktallergene (z. B. Metalle, Kunst- und Farbstoffe), Parasitenallergene (vgl. FUCHS u. SCHULZ, 1993).

## 2. Epidemiologie

In den meisten epidemiologischen Studien wird Allergie als eine Erhöhung des spezifischen IgE-Antikörper-Spiegels auf ein Gemisch aus etwa acht bis zehn inhalativen

Allergen definiert, die aufgrund der einfachen Anwendung in der Regel mit dem (Haut-) Pricktest bestimmt wird. Wird als übliches Kriterium für eine allergische Reaktion die Ausbildung einer Quaddel von mehr als 3 mm Durchmesser definiert, so sind weltweit zwischen 30 und 50 Prozent der Bevölkerung allergisch (WOOLCOCK et al., 1995). WÜTHRICH et al. (1995) fanden bei einer Zufallsstichprobe (N = 8357) der Schweizer Bevölkerung außerdem einen signifikanten Geschlechtsunterschied: 35,7 Prozent der erwachsenen Männer, aber nur 28,8 Prozent der Frauen wiesen eine so definierte Atopie (allergische Reaktionsbereitschaft) auf. Zur Prävalenz des atopischen Ekzems ist die Datenlage weniger befriedigend: SCHMIED u. SAURAT (1991) berichten, daß in den westlichen Ländern 5 bis 12 Prozent der Kinder – und etwa gleich viele Mädchen wie Knaben – betroffen sind.

In der Literatur wird wiederholt auf eine Zunahme allergischer Erkrankungen – Heuschnupfen, atopisches Ekzem und Asthma – im Verlauf der vergangenen 30 Jahren hingewiesen (MIYAMOTO u. TAKAFUJI, 1991; BURNEY, 1993). Für Heuschnupfen konnte WÜTHRICH (1991) eine Zunahme von 0,82 Prozent im Jahre 1926, über 4,8 und dann 10 Prozent im Jahre 1958 bzw. 1986, bis zu 14,2 Prozent im Jahre 1991 aufzeigen, ein Trend, der auch für andere Industrieländer berichtet wird. Bei genauerer Analyse zeigt sich jedoch, daß die Atopie-Prävalenz bei etwa 30 bis 40 Prozent der Bevölkerung über die Zeit weitgehend stabil bleibt. Die bekannte und nicht mehr bestrittene Zunahme der Prävalenz von Heuschnupfen und Asthma dürfte somit darauf zurückgehen, daß der Anteil der Allergiker, die klinische Symptome wie Asthma oder Heuschnupfen entwickeln, zugenommen hat (WOOLCOCK et al., 1995), wobei die Gründe für die Zunahme noch nicht geklärt sind. Insbesondere für psychosomatische Erklärungsversuche (z. B. Veränderung der Qualität intrafamiliärer Beziehungen) gibt es keine empirischen Belege.

Neben einer erhöhten Konzentration spezifischer Allergene (z. B. der Exkremente der Hausstaubmilbe) ist die Luftverschmutzung offensichtlich ein Grund für die Zunahme von allergischen Erkrankungen insbesondere der

Atemwege (RING et al., 1995). Die wiederholt berichtete geringere Prävalenz allergischer Atemwegserkrankungen in den – stärker luftverschmutzten – ehemaligen Ostblockländern scheint hierzu in Widerspruch zu stehen. BEHRENDT et al. (1995) konnten jedoch in genauen Analysen nachweisen, daß die Häufigkeit atopischer Erkrankungen bei Kindern – in West- wie in Ostdeutschland – umso höher war, je stärker sie natürlichen Allergenen wie Tierepithelien und Luftschadstoffen wie Zigarettenrauch und Autoabgasen ausgesetzt waren. Die Autoren schließen aus ihren epidemiologischen und allergotoxikologischen Untersuchungen, daß es vor allem die – durch Autoabgase bedingte – Luftverschmutzung vom Typ II (NO<sub>x</sub>, flüchtige organische Verbindungen wie z. B. Benzol und Ozon) ist, die mit einer erhöhten Prävalenz allergischer Atemwegserkrankungen verbunden ist, während die «klassische» Typ I-Verschmutzung (SO<sub>2</sub>, Staub- und Rußpartikel usw.), die in den ehemaligen Ostblockländern zum Teil noch heute vorherrscht, eher mit Bronchitiden und allergischen Ekzemen assoziiert ist.

Zur Prävalenz von Nahrungsmittelallergien liegen nur wenige epidemiologische Daten vor. Häufig wird vor allem in den älteren Studien nicht zwischen immunologisch nachweisbaren allergischen Reaktionen auf Nahrungsmittel und -zusatzstoffe einerseits und sogenannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten andererseits unterschieden. Diese erweisen sich in der Klinik häufig als psychosomatische Beschwerden (ohne allergische Komponente), während bei jenen die allergische Reaktion möglicherweise sogar in einem kausalen Zusammenhang mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten steht (RING, 1992). Dies gilt auch für die Studie von YOUNG et al. (1994), wonach 20 Prozent der britischen Bevölkerung über Nahrungsmittelunverträglichkeiten berichten, diese aber in Doppel-Blind-Provokationstests mit den 8 am häufigsten beschuldigten Nahrungsmitteln nur für 1,4 Prozent bestätigt werden konnten. Obwohl es sich bei diesen Nahrungsmitteln um die bekannten nutritiven Allergene handelt, konnte mangels immunologischer Daten auch in dieser Studie nicht zwischen Unverträglichkeit und Allergie differenziert werden.

### 3. Psychosomatik

Die Frage, ob eine Allergie psychogen sein kann, ist aus psychosomatischer Sicht eine zumindest unpräzise, wenn nicht falsch gestellte Frage, da für die psychosomatische Medizin nicht nur die seelischen, sondern auch die körperlichen Ursachen und Folgen einer Erkrankung gleichermaßen von Interesse sind. Sowohl somatische wie psychische Faktoren können dabei konstitutionelle Faktoren im Sinne einer Disposition für eine bestimmte Erkrankung darstellen, ebenso wie beide auch bei einer gegebenen Disposition eine allergische Symptomatik auslösen können.

Vor dem Hintergrund einer multifaktoriellen psychosomatischen Betrachtungsweise der Allergie wird im folgenden diskutiert, ob sich allergische Symptome durch psychische Stimuli experimentell hervorrufen lassen oder psychische Faktoren allergische Symptome auslösen oder aufrechterhalten können. Ferner soll diskutiert werden, ob sich besondere Persönlichkeitsmerkmale und typische intrapsychische Konflikte und soziale Beziehungsmuster für Patienten mit allergischen Erkrankungen identifizieren lassen.

Bei der Diskussion dieser Fragen sollen – soweit genügend empirische Befunde vorliegen – Allergien der Atemwege, atopische Hauterkrankungen und Nahrungsmittelallergien berücksichtigt werden. Dabei ergibt sich das Problem, daß es eine fast nicht mehr überschaubare Anzahl von empirischen Untersuchungen zur Psychosomatik des Asthma bronchiale (s. Kap. IV.B.2) und der Hauterkrankungen (s. Kap. IV.N) gibt, aus denen aber nur in wenigen Fällen klar ersichtlich ist, ob es sich bei den Patienten um hinlänglich zuverlässig diagnostizierte Allergiker handelt oder nicht. Eine vollständige Übersicht zum Thema «Psychosomatik der Allergien» ist nicht intendiert. Übersichten finden sich z. B. bei WOLF, 1956; FREEMANN et al., 1964; FEINGOLD et al., 1966; GOLBERT, 1985; YOUNG et al., 1986; MÜNZEL, 1988; RICHTER und AHRENS, 1988; STEINHAUSEN, 1993; RICHTER und DAHME, 1995. Der Stand der neueren psychoimmunologischen Forschung (vgl. auch Kap. IV.N) ist bei ADER und

COHEN (1993), URSIN (1994) und FILLION et al. (1994) referiert, und selbst für Primaten gibt es mittlerweile genügend Belege dafür, daß psychische und psychosoziale Faktoren, darunter bestimmte qualitative Aspekte sozialer Beziehungen, einen Einfluß auf immunologische Parameter haben (COE, 1993).

Folgendes Fallbeispiel eines 34jährigen Erziehers, der für eine umfangreiche allergologische Diagnostik inklusive oraler Provokationen stationär aufgenommen wurde, illustriert das multifaktorielle Geschehen bei der Allergie.

Der Patient leidet seit etwa drei Jahren zunehmend an rezidivierenden Durchfällen (bis zu fünfmal täglich) bzw. an breiigem Stuhlgang, meist einhergehend mit Blähungen. Zu Beginn der Durchfallsymptomatik kam es innerhalb eines kurzen Zeitraums zu einer Gewichtsabnahme von 10 kg. Der Patient beobachtete einen Zusammenhang mit milchhaltigen Produkten, vor allem aber einzelnen Gemüsesorten (Blumenkohl, Kohlrabi) und mit Stein- und Kernobst. Nach Genuß von Nüssen habe er häufig ein Schwellungsgefühl im Mund bemerkt. Seit längerem ist eine saisonale Rhinokonjunktivitis im Frühling und Herbst bekannt. Der Patient wurde wiederholt allergologisch und internistisch-gastroenterologisch untersucht. Dabei wurde eine polyvalente Sensibilisierung im Sinne einer Typ I-Allergie gegen Inhalativa und Nutritiva festgestellt. Die orale Provokation unter Einfach-Blindbedingungen mit den verschiedenen verdächtigten Nahrungsmitteln ergab bis auf ein «Kribbeln am Gaumen» jedoch keine positiven Reaktionen, insbesondere keine Durchfälle. Obwohl also eine allergologisch verifizierte Sensibilisierung vorlag, konnten die Symptome während der diagnostischen Prozeduren bei oraler Provokation nicht repliziert werden.

Wenige Monate vor erstmaligem Auftreten der Durchfälle war der Patient zusammen mit seiner Frau wieder zurück aufs Land in die Nähe seiner Eltern gezogen, nachdem er gleich nach dem Abitur in einer weit entfernten Stadt studiert und dann auch dort gearbeitet hatte. Eigentlich sei immer geplant gewesen, daß er als das älteste von drei Geschwistern den traditionsreichen Handwerksbetrieb, der seit Generationen im Familienbesitz sei, übernimmt. Bis zum Alter von etwa 13 Jahren habe er sich für das Handwerk begeistern können, er berichtet, wie er schon als kleiner Junge vom Vater gelernt habe, Säge und Hobel zu verwenden, den Vater regelmäßig bei der Arbeit auf Baustellen begleitet habe. In der Pubertät sei es dann zu heftigen Auseinandersetzungen mit dem Vater, einer tiefgreifenden Entfremdung zum Vater gekommen. Später, nach mehreren Gesprächen, erinnert er sich, daß die Mutter zuvor sehr eifersüchtig auf die gute Beziehung zum Vater gewesen sei. Er beschließt,

den Betrieb nicht zu übernehmen und stattdessen ein sozialpädagogisches Studium zu beginnen, was den endgültigen Bruch mit dem Vater bedeutete. Inzwischen hätte sich aber der jüngere Bruder (die jüngere Schwester hatte sich ebenfalls von zu Hause gelöst und war Kindergärtnerin geworden) unter dem Druck des Vaters bereiterklärt, das Handwerk seiner Väter zu erlernen und den Betrieb zu übernehmen. Wenige Wochen vor dem Abschluß der Ausbildung stürzte er bei der Arbeit so unglücklich aus größerer Höhe, daß er an den Folgen des Unfalls verstarb. In der Folge hätten die Eltern dann den Betrieb verpachtet und sich weitgehend zurückgezogen. Ein Jahr, nachdem der Patient wieder in die Nähe der Eltern gezogen war, überlebte der Vater nur knapp einen selbstverschuldeten Verkehrsunfall. In dieser Zeit sei es zu einer Wiederannäherung zwischen dem Patienten und seinem Vater und schließlich zu einer Versöhnung gekommen. Die Spannungen mit der Mutter hätten daraufhin wieder sehr zugenommen, vor allem als diese den Hauptteil des Erbes der Tochter zugesprochen hatte.

In den Gesprächen brach aus dem Patienten regelmäßig eine intensive Traurigkeit hervor, die er sich selber nicht erklären konnte, obwohl er in diesen Stunden von Verlusterlebnissen berichtet. Eindrücklich ist jedoch, daß schon nach wenigen Stunden diese Abwehr (Isolierung) beginnt, ich-dyston und ihm ansatzweise bewußt zu werden. In diesen Situationen fallen ihm dann regelmäßig neue wichtige biografische Details ein, die er zuvor nicht mehr erinnert hatte (seine Phasen von «Todessehnsucht», Szenen aus der Pubertät, in denen die Mutter das gute Verhältnis zum Vater immer wieder hintertrieben, ihm seine Begeisterung für den Handwerksberuf systematisch «vermiest» habe, die Frage nach den Ursachen der Selbstunfälle von Vater und Bruder, die unerklärliche Heiterkeit beim Tod einer Nachbarin, die der Mutter täuschend ähnlich gewesen sei, die Angst vor der Mutter und deren Schläge in der Vorschulzeit, seine Angst vor Kontrollverlust und den Zusammenhang mit seiner Symptomatik: den Stuhlgang nicht kontrollieren können).

Der Hinweis auf den zeitlichen Zusammenhang vom Auftreten der Durchfälle und seiner erneuten räumlichen Nähe zum Elternhaus verwirrt den Patienten zuerst, stimmt ihn dann in den darauffolgenden Stunden nachdenklich und beschäftigt ihn kontinuierlich. Deutlich wird die konflikthafte und hochambivalente Beziehung zur Mutter, die sich einerseits über die erneute Nähe zu ihrem Erstgeborenen freute, ihn (obgleich er im eigenen Hausstand mit seiner Frau lebte) regelmäßig mit – zum Teil vorgekochten – Essen (vor allem Gemüse aus dem eigenen Garten) versorgte, sich anbot, die Wäsche für das Ehepaar zu machen, deren invasive Übergriffe er andererseits fürchtete, ohne sich davor schützen zu können. Dieses hatte in letzter Zeit u. a. auch zu leichteren Spannungen in der Ehe geführt, die gegen den Wunsch der Ehefrau bislang kinderlos geblieben war.

Bis dahin konnte in den zehn Gesprächen während der

stationären Diagnostik eine relativ gut belegbare psychosomatische Hypothese formuliert werden, wonach die Symptomatik als Somatisierung eines unbewußten Konfliktes mit den Eltern, vor allem der Mutter, verstanden werden konnte. Die Symptomwahl – Durchfälle und eine «Nahrungsmittelallergie» – wurde jedoch erst in dem Moment verstehbar, als sich nach einer genaueren Exploration herausstellte, daß der Patient nahezu ausschließlich auf solche Gemüsesorten «allergisch» war, welche die Mutter in ihrem Bauerngarten anpflanzte, also Blumenkohl, Kohlrabi, nicht hingegen auf «exotische» Gemüsesorten wie Brokkoli, Zucchini, Auberginen.

### 3.1 Krankheitsauslösende und -aufrechterhaltende Ereignisse

In einer Übersicht kommen ADER und COHEN (1993) zu dem Ergebnis, daß Immunantworten zwar etwa durch Streßreize konditionierbar sind, daß die konditionierte Reaktion aber immer von zahlreichen anderen Faktoren mitbestimmt wird, so daß generalisierende Aussagen nur sehr begrenzt möglich sind. Zu der eigentlichen Frage, ob eine allergische Reaktion etwa der Bronchialschleimhaut klassisch konditionierbar ist, liegen weder verlässliche tierexperimentelle noch humanexperimentelle Belege vor. Um die Konditionierbarkeit der allergischen Reaktion nachzuweisen, ist es nicht hinreichend, nur deren Konsequenzen, etwa die Erhöhung des Atemwegswiderstandes oder ein Hautödem zu demonstrieren, wie dieses in den Konditionierungsexperimenten (Übersichten bei FREEMANN et al., 1964; KNAPP et al., 1976; WEINER, 1977) diskutiert wird. Zu fordern ist vielmehr der direkte klinische oder immunologische Nachweis einer allergischen Reaktion. Dieser Einwand gilt ebenso für diejenigen Studien, in denen untersucht wurde, inwieweit die Suggestion (auch unter Hypnose; WHITLOCK, 1980), ein – nicht vorhandenes – Allergen zu inhalieren, zu etwa asthmatischen Symptomen führt. Auch in diesen Fällen (HORTON et al., 1978; MCFADDEN et al., 1969; STRUPP et al., 1974) wurde lediglich nachgewiesen, daß der Atemwegswiderstand durch Suggestion erhöht werden kann. Wiederum wurde nicht die Suggestibilität der allergischen Reaktion im engeren Sinne bzw. ihre Beeinflußbarkeit durch Hypnose unter-



sucht. Neuere Untersuchungen zur Hypnose (vgl. Kap. IV.N; Übersicht bei WYLER-HARPER et al., 1994) kommen zu dem Ergebnis, daß allergische Hautreaktionen durch Hypnose beeinflusst werden können.

Ausgehend von den Untersuchungen von WOLF et al. (1950) und GROEN (1979) entwickelte HANSEN (1981) eine weitergehende «psychosomatische Theorie der allergischen Sensibilisierung», in der er die Allergie nicht mehr als primäre («unkonditionierte») Reaktion auf ein Allergen betrachtet. Vielmehr postulierte er, daß die allergische Reaktion als «quasi konditionierte Reaktion» auf ein Allergen («bedingter Reiz») verstanden werden konnte, das mehr oder weniger zufällig gleichzeitig mit der eigentlichen Ursache für die Schleimhautveränderung («unkonditionierte Reaktion»), nämlich unterdrückten aggressiven Gefühlen (Wut, Ärger usw.) als «unbedingten Reizen» gekoppelt sei.

Ein anderer methodischer Ansatz besteht darin, die Auswirkungen von psychischen Stressoren in Kombination mit Allergenexposition zu untersuchen. So konnten etwa HOLMES et al. (1950, 1951) in ihren klassischen Studien zeigen, daß die Exposition von pollensensitiven und insensitiven Patienten mit Gräserpollen nur dann zu einer heftigeren allergischen Reaktion (Heuschnupfen) führte, wenn die Exposition in einem konflikthaftern und beängstigenden Setting durchgeführt wurde. Allergische Patienten mit einer eher geringen Pollenallergie reagierten stärker mit Heuschnupfen, wenn sie von den Untersuchern in einem Gespräch mit ihren intrapsychischen Konflikten konfrontiert wurden. WOLF et al. (1950) konnten zeigen, daß Pollenallergiker sogar auf eine unspezifische physikalische Bedrohung mit Heuschnupfen reagierten.

Auch wenn diese frühen originellen experimentellen Untersuchungen eine Reihe methodischer Unzulänglichkeiten aufweisen, stellen sie jedoch bereits einen eindrucklichen Nachweis für die eingangs erwähnte multifaktorielle Genese der allergischen Reaktion dar, insbesondere dafür, daß sich allergische und emotionale Auslöser in ihrer Wirkung ergänzen oder sogar potenzieren können.

Wird der allergischen Reaktion ein multifaktorielles Geschehen zugrunde gelegt, so

stellt sich die Frage nach der relativen Bedeutung der einzelnen auslösenden Faktoren. Definitionsgemäß kommt dem spezifischen Antigen die größte Bedeutung zu. In welchem Umfang aber können, bei einer gegebenen Sensibilisierung, auch psychische Faktoren zu der Symptomatik beitragen?

REES (1956) fand, daß bei 8 Prozent seiner 441 allergischen Patienten allergische und psychische Faktoren gemeinsam einen Asthma-Anfall auslösten, bei weiteren 17 Prozent identifizierte er zusätzlich infektiöse Faktoren. Danach sind etwa bei einem Viertel der Patienten neben allergischen Faktoren unter anderem auch psychische Faktoren von Bedeutung. PEARSON (1968) berichtet über die von ihm klinisch betreute Gruppe allergischer Asthmatiker ( $n = 375$ ), daß bei 54 Prozent dieser allergischen Patienten auch emotionale Faktoren für die Auslösung eines Asthma-Anfalls verantwortlich waren. Bei einer nicht-allergischen Vergleichsgruppe war die Bedeutung dieser emotionalen Faktoren sowie auch im weiteren Sinne psychosozialer Faktoren nur unwesentlich größer (61 %). Diese Zahlen belegen, daß auch bei einem allergischen Asthma bronchiale emotionale Auslöser identifizierbar sind, wobei aus den zitierten Ergebnissen nicht hervorgeht, inwieweit sie eine primär durch Allergene ausgelöste Symptomatik verstärken oder ob sie sogar direkt für die Auslösung asthmatischer Beschwerden beim Allergiker verantwortlich sein können. Klinische Studien sprechen dafür, daß die Bedeutung psychischer Faktoren wohl eher darin zu sehen ist, daß das Auftreten allergischer asthmatischer Beschwerden durch sie begünstigt und verstärkt wird.

Bei der Diskussion dieser Ergebnisse sind nicht unerhebliche methodische Probleme zu bedenken, die nicht nur für die psychischen, sondern ebenso für die allergischen und infektiösen Auslöser gelten: In aller Regel wurden die auslösenden Faktoren retrospektiv durch Befragung bzw. Exploration der Patienten oder ihrer Angehörigen identifiziert. Streng genommen wurden damit nur die Kausalattributionen (Ursachenzuschreibungen) der Befragten, nicht hingegen die tatsächlichen auslösenden Bedingungen untersucht. Selbst wenn ein Atemwegsinfekt im nachhinein

nachweisbar war, läßt sich dessen kausale Funktion retrospektiv nicht zweifelsfrei nachweisen, da die asthmatischen Beschwerden etwa auch durch ein nicht identifiziertes Allergen ausgelöst worden sein könnten. Dieses gilt gleichermaßen für die psychischen Auslöser. Ein weiterer Einwand ist, daß die Faktoren, die einen ersten Asthma-Anfall auslösen, nicht mit denjenigen übereinstimmen müssen, die im weiteren Krankheitsverlauf dominant sind.

### 3.2 Persönlichkeit und Befindlichkeit

Wie schon für das Asthma (vgl. Kap. IV.B) gibt es auch hier kaum Hinweise dafür, daß es spezifisch Persönlichkeits-«Auffälligkeiten» für Patienten mit allergischen Erkrankungen gebe, die nicht etwa in ähnlichem Ausmaß bei anderen nicht allergischen Erkrankungen zu finden sind. Nur selten wurde dem naheliegenden (und von Allergologen zu Recht geäußerten) Gedanken Rechnung getragen, daß eventuell nachweisbare Persönlichkeitsauffälligkeiten auch die Folge der oft lang andauernden Krankheit sein könnten.

In diesem Zusammenhang wurde wiederholt die Fragestellung untersucht, ob sich Asthmatiker mit einer nachgewiesenen Allergie von Asthmatikern mit intrinsischem Asthma in ihrer Persönlichkeit unterscheiden. In einer gut kontrollierten und insbesondere allergologisch fundierten Studie konnte WISTUBA (1986) weitere verlässliche Belege dafür erbringen, daß sich allergische von nicht allergischen Asthmatikern weder in ihrer Persönlichkeit noch in ihrem psychosozialen Verhalten unterscheiden. Darüber hinaus konnte er keine systematischen Zusammenhänge zwischen Allergiepotaential und Persönlichkeitsdimensionen finden. SCHEICH et al. (1993) hingegen berichten, daß Neurodermitispatienten mit deutlich erhöhten IgE-Werten eine erhöhte Erregbarkeit und ein weniger adäquates Streßbewältigungsverhalten zeigten, ein Befund, der möglicherweise doch auf Zusammenhänge zwischen allergologisch-immunologischen Variablen und Persönlichkeitsfaktoren hinweist.

Wenn allergische Erkrankungen monokausal als rein somatische, als ausschließlich im-

munologische Erkrankungen verstanden werden, müßten bei Vorliegen einer ausgeprägten allergischen Komponente etwa eines Asthmas psychische Faktoren weitgehend fehlen. Eine derartige Aufteilung etwa des Bronchialasthmas in zwei Untergruppen, ein vorwiegend somatogenes und ein anderes, primär psycho-soziogenes, wurde auch von Psychosomatikern immer wieder vorgeschlagen. So berichteten BLOCK et al. (1964) etwa eine negative Korrelation zwischen dem allergischen Potential des Kindes und der psychopathologischen Auffälligkeit der Mutter.

KNAPP et al. (1976) weisen aber zu Recht auf die Interpretationsschwierigkeiten hin, die dadurch erwachsen, daß der Komplexität der physiologischen Prozesse und der psychologischen Krankheitsverarbeitung, insbesondere dem Phänomen der Verleugnung, in der Regel wenig Rechnung getragen werde. So ist etwa aus der empirischen psychosomatischen Forschung auch zu anderen Erkrankungen wiederholt berichtet worden, daß Patienten die psychologischen Komponenten ihrer Erkrankung, intrafamiliäre oder berufliche Konflikte verleugnen (Verleugnung hier als unbewußter Abwehrmechanismus verstanden). So haben Eltern möglicherweise ein nicht unbeträchtliches Bedürfnis, sogar spekulative biologische Erklärungen überzubewerten, um mögliche intrafamiliäre Konflikte, deren Verursachung, aber auch Veränderbarkeit in der Regel in ihrer Verantwortung liegen, nicht berücksichtigen zu müssen. Dieses gelingt ihnen umso besser, je plausibler andere, insbesondere somatische und biologische Erklärungen im Sinne von Kausalattributionen, möglich sind. In diesem Sinne lassen sich auch die Ergebnisse der oben erwähnten Studien interpretieren: Sind bei einem Individuum erst einmal allergische Faktoren festgestellt worden, so wächst die Neigung beim Patienten und der Familie (und auch beim behandelnden Arzt), die Bedeutung psychologischer Faktoren unterzubewerten.

In diesem Kontext ist wohl auch die Diskussion über den Zusammenhang zwischen bestimmten Nahrungsmitteln (d. h. Nahrungsmittelzusatzstoffen und -farbstoffen) und Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere dem hyperkinetischen Syndrom und Aufmerksam-

keitsstörungen, zu sehen, der immer wieder behauptet bzw. in zahlreichen experimentellen Studien be- und widerlegt wurde, nach wie vor aber strittig bleibt. Dieser Zusammenhang wurde überwiegend im Rahmen von Eliminationsdiäten beschrieben, die STEINHAUSEN (1993) in die folgenden vier Gruppen einteilt: additivafreie Diät, phosphatarmer Diät, zuckerreduzierte Diät und antigenarme Diät.

Zwar kommen zuletzt PESCARA-KOVACH und ALEXANDER (1994) in einer Übersicht zum Schluß, daß im Unterschied zu älteren Untersuchungen neue Studien keinen ätiologischen Zusammenhang mehr zwischen Nahrungsmitteladditiven und Verhaltensstörungen zeigen. BLANK und REMSCHMIDT (1992) hingegen berichten, daß Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom zweimal so häufig Allergien angaben als Kinder ohne Verhaltensstörungen, und EGGER (1992) belegte in einem überzeugenden experimentellen Design, daß Kinder, die auf bestimmte Nahrungsmittel allergisch sind und nachweislich mit hyperkinetischem Verhalten reagierten, diese nach einer Hypo-sensibilisierung mit den spezifischen Nahrungsmittel-Antigenen ohne Beschwerden vertrugen und keine Verhaltensauffälligkeiten mehr zeigten. Ein derartiger Zusammenhang gilt jedoch nach Meinung der meisten Autoren vermutlich nur für eine kleine Untergruppe von Kindern mit Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstörungen und vermutlich nicht für Lernstörungen im eigentlichen Sinne (STEIN u. SAFRAN, 1992). Die Bedeutung von Nahrungsmitteln und Nahrungsmittelzusatzstoffen («Nahrungsmittelallergien») als Ursache für diverse gastrointestinale, respiratorische und dermatologische Beschwerden wird in der Öffentlichkeit offensichtlich überschätzt: Während 20 Prozent der englischen Bevölkerung angab, auf bestimmte Nahrungsmittel allergisch zu sein, konnte dieses in einem Provokationstest nur bei 1,4 Prozent bestätigt werden (YOUNG et al., 1994). Auf diese Diskrepanz wiesen schon MCLOUGHLIN und NALL (1988) hin: Mehr als die Hälfte der interviewten Lehrer waren der Überzeugung, daß die Verhaltens-, Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen ihrer Schüler zu einem bedeutsamen Anteil durch Nahrungsmittel und -zusatzstoffe bzw. durch Allergien verursacht seien. Und so

kommt STEINHAUSEN (1993, S. 291) in seiner Literaturübersicht auch zu dem Schluß, «einer breiten Verschreibung von Diätprogrammen für Kinder mit hyperkinetischen Störungen mit kritischer Zurückhaltung zu begegnen».

JACOBS et al. (1967) bestimmten bei jüngeren asthmatischen Männern mit Heuschnupfen und leichtem Asthma das allergische und «psychologische» Potential mit Hilfe einer Reihe allergologischer und psychologischer Testverfahren. Die allergischen Patienten unterschieden sich nicht nur in den allergologischen Befunden, sondern auch in psychologischen Variablen deutlich von einer gesunden Kontrollgruppe: Unter anderem berichteten sie häufiger, sich (meist von der Mutter) kontrolliert, zugleich aber auch abgelehnt gefühlt zu haben. Darüber hinaus waren Beurteiler, die über die Gruppenzugehörigkeit nicht informiert waren, in der Lage, die tatsächlich allergischen Patienten überzufällig häufig zutreffend allein aufgrund der Informationen über das «psychologische Potential» zu identifizieren. Im Kontext eines multikausalen Krankheitsmodells sind also sowohl psychologische als auch biologische Faktoren nachweisbar, wobei die Summe der jeweiligen Ausprägungen den Schweregrad der Erkrankung bestimmt. Darüber hinaus konnten die Autoren die Bedeutung des Vaters aufzeigen: Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen erlebten Patienten, die an Heuschnupfen und/oder allergischem Asthma litten, ihren Vater häufiger als körperlich oder emotional abwesend. Einschränkung muß aber darauf hingewiesen werden, daß bislang unklar ist, inwieweit diese Unterschiede spezifisch für Patienten mit allergischen Erkrankungen sind.

### 3.3 Psychodynamik

Während ein typisches Persönlichkeitsprofil des Allergikers nicht empirisch belegt werden konnte, wurden – insbesondere aus psychoanalytischer Sicht – wiederholt bestimmte Beziehungsmuster beschrieben, die für den allergischen Patienten typisch sein sollen. Auch wenn diese Studien mangels objektiver und reliabler Untersuchungsmethoden nur selten untereinander vergleichbar sind, so

versuchen sie doch in der Regel, so komplexe Phänomene wie zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikte in klinischen Falldarstellungen sorgfältig zu beschreiben und zu analysieren.

Die von MARTY (1958) beschriebene spezifische «allergische Objektbeziehung», also die Art der Beziehung des Subjekts zur seiner (Objekt-)Welt, ist durch eine symbiotische Beziehung etwa zu Partnern gekennzeichnet. Diese sehr enge, den Partner vereinnahmende Form einer zwischenmenschlichen Beziehung habe nach MARTY eine substituierende Wirkung für die labile Struktur des allergischen Patienten, der auf die ständige Präsenz solcher Objektbeziehungen wie auch bestimmter Merkmale des sozialen Umfeldes (Wohnung, Arbeitsplatz usw.) angewiesen sei. Daher komme es bei diesen Patienten zu einer Regression – also zu einem Rückzug auf frühkindliche Erlebnis- und Verarbeitungsweisen – im Falle etwa des Verlustes eines Partners, des Arbeitsplatzes u. a., aber auch dann, wenn etwa der Partner dadurch als Identifikationsobjekt untauglich wird, daß er sich in seinem Erleben und Verhalten ändert, sich anderen Interessen, Lebensinhalten zuwendet.

Ein anderer psychoanalytischer Autor, DE BOOR (1965), faßt die allergische Symptombildung als Versuch auf, Konflikte, die in der Beziehung zu der inneren und äußeren Welt auftreten, nicht vornehmlich auf psychischer Ebene durch psychische Prozesse, sondern durch Zuhilfenahme organischer Funktionen, durch «Somatisierung» zu bewältigen. Er folgt damit einer breit akzeptierten Theorie psychosomatischer Erkrankungen. Die spezifische Konfliktlösung des Allergikers liege darin, so DE BOOR, daß dieser das Konflikt-erleben mit dem Objekt (z. B. der Mutter), dem seine aggressiven Impulse und Ängste eigentlich gelten, nach außen, auf die Umwelt, speziell die Allergene, verschiebe. In seiner Phantasie gehe die Bedrohung nun nicht mehr von einer konkreten Person, etwa der Mutter, sondern von den Allergenen aus, vor denen er sich nun schützen muß – und kann. Diese Verschiebung seiner Angst und seiner zerstörerischen Impulse erlaube dem Allergiker sodann eine spannungsärmere, möglicherweise sogar befriedigendere Objektbeziehung.

Insbesondere zur Beziehung zwischen einem allergischen Kind und seiner Mutter gibt es zahlreiche Belege, daß die Art der Beziehung einen erheblichen Einfluß auf eine bereits bestehende allergische Symptomatik haben kann (vgl. auch Kap. IV.B und IV.N). So ist es für den Kliniker immer wieder eindrucklich, daß sich bei allergischen asthmatischen Kindern die Symptomatik oftmals bereits wenige Tage nach der stationären Aufnahme, d. h. der Trennung von den Eltern, deutlich verbessert. Daß die naheliegende Erklärung dieser in einzelnen Fällen dramatischen symptomatischen Verbesserung durch die damit auch möglicherweise verbundene Allergen-karenz nicht generell zutreffen muß, konnten PURCELL et al. (1969) in ihrer klassischen Studie zeigen. Diejenigen asthmatischen Kinder, bei denen sie dieses aufgrund vorheriger psychologischer Tests vorhergesagt hatten, verbesserten sich auch dann signifikant, wenn nicht sie, sondern die Eltern über zwei Wochen das Haus verließen und durch Betreuungspersonen ersetzt wurden. Die klinische Verbesserung in Verbindung mit dieser «Parentektomie», die im übrigen anhand der benötigten Medikation, der Lungenfunktionswerte usw. belegt wurde, beruhte also nicht auf einer (nicht gegebenen) Allergen-karenz, sondern auf einer vorübergehenden Veränderung der psychosozialen Situation dieser Kinder.

Die Mütter von allergisch erkrankten Kindern wurden in der Literatur wiederholt als unterdrückend/abweisend und zugleich überprotektiv/kontrollierend beschrieben. Ein idealtypisches Beispiel für diese als spezifisch angesehene Mutter-Kind-Interaktion gibt BOSSE (1986, S. 1021):

*Arzt* zum etwa siebenjährigen Kind: «Weshalb kommst du denn? Was hast du?»

*Mutter*: «Mein Kind hat eine Allergie.» (Die Mutter faßt das zögernde Kind an den Schultern, dreht es und schiebt es zum Arzt. Das Kind läßt dies widerwillig mit sich geschehen.) *Mutter*: «Wir waren schon bei drei Ärzten und einem Hautfacharzt, aber es kommt immer wieder.»

*Arzt* (zum Kind): «Was kommt denn immer wieder?» (Der Arzt schaut das Kind fragend an, das Kind blickt zur Mutter.)

*Mutter* (ungeduldig): «Nun, eben die Allergie, die festgestellt wurde». (Es folgt eine lange Ausführung über die vorbehandelnden Ärzte. Die Mutter endet schließlich ihre klagende und anklagende Leier, indem sie den Arm des Kindes anhebt.) «Sehen Sie, Herr Doktor, das arme Kind, es muß immer kratzen!» (Das bisher etwas widerwillige, unbeteiligt dastehende Kind beginnt bei diesem Stichwort wie auf Kommando mit dem rechten Handballen an der Ellenbeuge des linken, ausgestreckten Armes zu reiben.)

*Mutter*: «Laß das, ich habe dir doch schon so oft gesagt, daß du nicht kratzen sollst!» (Zum Arzt gewendet) «Ach wenn Sie wüßten ...» (Beschreibung der Mutter, was sie alles für das Kind tut.) Ihr Finale: «Wir nehmen sie fast immer nachts zu uns ins Bett, wenn sie so kratzt. Dann wird sie ruhig und schläft.»

*Vater* (bislang ruhig und etwas abseits, fühlt sich angesprochen, mitverantwortlich): «Ja, das tun wir, aber Sie können sich ja vorstellen, was das für uns ...» (unterbricht sich, wendet sich ärgerlich zum Kind) «Laß das doch endlich!» (Nimmt die scheuernde Hand wie einen Gegenstand weg.)

Für allergisch-asthmatische Kinder konnte in zahlreichen, auch empirisch-quantitativen Studien die besondere Bedeutung der Autonomieentwicklung des Kindes und der damit verbundenen Konflikte in der Mutter-Kind-Interaktion eindrucksvoll gezeigt werden (z. B. JACOBS et al., 1972; MEIJER, 1981). Dabei wurde aber wiederholt auch auf die Gefahr hingewiesen, die in der psychoanalytischen Literatur zuweilen verwendete Metapher der «bösen Mutter» als Schuldzuschreibung mißzuverstehen; so etwa GAUTHIER et al. (1979), der in einer der wenigen Langzeitstudien (Alter der Kinder 2 bis 6 Jahre) keine generellen pathologischen Beziehungsmuster oder Entwicklungsstörungen – auch nicht in der Autonomieentwicklung identifizieren konnte. Gleichwohl beobachtete er in zahlreichen Fällen gehäuft Beziehungskonflikte, deren Ausmaß sogar mit dem allergischen Potential korrelierte. Aufgrund seiner Ergebnisse und einer Übersicht über die relevante psychoanalytische und entwicklungspsychologische Literatur schlug er – auch unter präventiven Gesichtspunkten – vor, Indikatoren für die Vulnerabilität der Eltern-Kind-Beziehung zu entwickeln. Erst in neueren Untersuchungen wurden diese Fragestellungen auch für Neurodermitis-Kinder untersucht (etwa RING et al., 1986). Mütter von atopischen Kindern

wiesen eine geringere spontane Aggressivität und Emotionalität in Persönlichkeitsfragebogen auf, und die atopischen Kinder beurteilten den Erziehungsstil ihrer Mütter im Vergleich zu einer Kontrollgruppe als streng. Andererseits ergaben sich keinerlei Korrelationen zwischen psychologischen Variablen, wie Beziehungsmuster und Persönlichkeitsdimensionen einerseits und den in dieser Studie ebenfalls erhobenen allergologischen Parametern und dermatologischen Befunden. Für alle diese Untersuchungen gilt der wiederholt geäußerte Einwand, daß es sich bei diesen Auffälligkeiten in der Interaktion um krankheitsabhängige, d. h. nicht um kausale Charakteristika einer Familie handeln könne, die ihren intrafamiliären Kommunikationsstil infolge der Belastung durch ein atopisches Kind geändert hat.

#### 4. Psychotherapie und Prognose

Derartige Beziehungsmuster, seien sie nun Ursache oder Folge einer allergischen Erkrankung, manifestieren sich im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung auch in der Beziehung zum Therapeuten. Hierin liegt nach psychoanalytischem Wissen die Möglichkeit einer Veränderung, indem zum Therapeuten modellhaft eine neue identifikatorische Beziehung konstituiert wird, in der die ungünstigen Konfliktlösungen bearbeitet und modifiziert werden können.

Schon früh haben sich psychoanalytische Autoren mit der Behandlung von allergischen Erkrankungen, insbesondere des allergischen Asthmas beschäftigt. Als exemplarisch gelten die Monographie von DE BOOR (1965), die sich der Psychosomatik der Allergie und speziell des Asthmas widmet und auch vier Beispiele psychoanalytischer Langzeitbehandlungen von Asthmapatienten (3–5 Jahre) enthält, und die eindruckliche Beschreibung einer psychoanalytischen Langzeitbehandlung eines Neurodermitikers von THOMÄ (1980). Alle Autoren berichten Heilungserfolge und heben die Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge für allergische Erkrankungen hervor.

Allerdings gibt es nur wenige kontrollierte Studien, in denen die Wirksamkeit von Psychotherapie bei der Behandlung von Allergien im engeren Sinne systematisch untersucht oder auch nur dokumentiert wurde.

Zwar ist die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen sowohl beim Asthma (vgl. Kap. IV.B) als auch bei der Neurodermitis (vgl. Kap. IV.N) mittlerweile hinreichend belegt. Da in diesen Untersuchungen aber als Therapieeffizienz-Kriterien nicht im eigentlichen Sinn allergologische Befunde herangezogen wurden, läßt sich aus diesen Studien nicht die spezifische Wirksamkeit von Psychotherapie bei allergischen Erkrankungen ableiten. So konnte z. B. in einer der wenigen spezifischen Studien (AGO, IKEMI, SUGITA, TAKAHASHI u. TESHIMA, 1976) gezeigt werden, daß der Effekt einer psychotherapeutischen Behandlung junger Asthmatiker weniger durch eine allergische Prädisposition, sondern eher durch sozio-psychologische Faktoren vorhersagbar ist. Die Autoren interpretieren dieses dahingehend, daß eine psychotherapeutische Behandlung primär die psychosozialen Bedingungen und erst sekundär möglicherweise auch die allergische Symptomatik verändert, weniger hingegen die allergische Prädisposition selber.

Die bislang vorliegenden Ergebnisse psychotherapeutischer Behandlungen von allergischen Erkrankungen sind zwar keineswegs beweisend, erscheinen aber ermutigend. Eine Indikation zu einer begleitenden Psychotherapie sollte insbesondere dann gestellt werden, wenn Beziehungskonflikte diagnostiziert werden, die an und für sich bereits Krankheitswert haben, unabhängig davon, ob diese als Bedingung oder Folge der allergischen Erkrankung angesehen werden.

## Literatur

- ADER R, COHEN N: Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. *Ann Rev Psychol* 85, 1993
- AGO Y, IKEMI Y, SUGITA M, TAKAHASHI N, TESHIMA H: A comparative study on somatic treatment and comprehensive treatment of bronchial asthma. *J Asthma Res* 14, 37–43, 1976
- BEHRENDT H, FRIEDRICHS K-H, KRÄMER U, HITZFELD B, BECKER W-M, RING J: The role of indoor and outdoor air pollution in allergic diseases. In JOHANSSON SGO: Progress in allergy and clinical immunology, S. 83–89, Hogrefe & Huber Publishers, Seattle/Toronto/Bern/Göttingen 1995
- BLANK R, REMSCHMIDT H: Subgruppen hyperkinetischer Störungen – explorative Untersuchungen unter Berücksichtigung von Fragebogenverfahren und immunologischen Parametern. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie* 20, 34–45, 1992
- BLOCK J, JENNINGS PH, HARVEY E, SIMPSON E: Interaction between allergic potential and psychopathology in childhood asthma. *Psychosom Med* 26, 307–320, 1964
- BOSSE K: Psychosomatische Gesichtspunkte in der Dermatologie. In VON UEXKÜLL Th: Psychosomatische Medizin, 3. Aufl., S. 1016–1037, Urban & Schwarzenberg, München 1986
- BURNEY PGJ: Evidence for an increase in atopic disease and possible causes. *Clin Exp Allergy* 23, 484–492, 1993
- COE CL: Psychosocial factors and immunity in non-human primates: A review. *Psychosom Med* 55, 298–308, 1993
- DE BOOR C: Zur Psychosomatik der Allergie insbesondere des Asthma bronchiale. Klett, Stuttgart 1965
- EGGER J, STOLLA A, MCEWEN LM: Controlled trial of hyposensitisation in children with food-induced hyperkinetic syndrome. *Lancet* 339, 1150–1153, 1992
- FEINGOLD BF, SINGER MT, FREEMAN EH, DESKINS A: Psychological variables in allergic disease: A critical appraisal of methodology. *J Allergy* 38, 143–155, 1966
- FILLION L, KIROUAC G, LEMYRE L, MANDEVILLE R: Stress and immunity – Review of studies in psychoneuroimmunology. *Canadian Psychology – Psychologie Canadienne* 35, 405–426, 1994
- FREEMAN EH, FEINGOLD BF, SCHLESINGER K, GORMAN FJ: Psychological variables in allergic disorders: A review. *Psychosom Med* 26, 543–575, 1964
- FUCHS E, SCHULZ K-H: Einführung. In FUCHS E, SCHULZ K-H: Manuale allergologicum. 1–6, Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle, Deisenhofen 1993
- GAUTHIER Y et al.: Follow-up study of 35 asthmatic preschool children. *Ann Prog Child Psychiat Child Devel* 555, 1979
- GOLBERT TM: Psychiatric aspects of allergic diseases. In PATTERSON R: Allergic diseases: Diagnosis and management, third edition, Lippincott, Philadelphia 1985
- GROEN JJ: The psychosomatic theory of bronchial asthma. *Psychother Psychosom* 31, 38–48, 1979

- HANSEN O: Eine psychosomatische Theorie der allergischen Sensibilisierung; Allergie als quasi konditionierte Reaktion. *Z Psychosom Med Psychoanal* 27, 143–160, 1981
- HOLMES TH, TREUTING T, WOLFF H: Life situations, emotions and nasal diseases: Evidence on summative effects exhibited in patients with hay-fever. In WOLFF HG: Life stress and bodily disease. 1950
- HOLMES TH, TREUTING T, WOLFF HG: Life situations, emotions and nasal diseases: Evidence on summative effects exhibited in patients with hay-fever. *Psychosom Med* 13, 71, 1951
- HORTON DJ, SUDA WL, KINSMAN RA, SOUHRADA J, SPECTOR SL: Bronchoconstrictive suggestion in asthma: A role for airways hyperreactivity and emotions. *Am Rev Respir Dis* 117, 1029–1038, 1978
- JACOBS MA, ANDERSON LS, EISMAN HD, MULLER JJ, FRIEDMAN S: Interaction of psychologic and biologic predisposing factors in allergic disorders. *Psychosom Med* 29, 572–585, 1967
- JACOBS MA, SPILKEN AZ, NORMAN MM, ANDERSON L, ROSENHEIM E: Perceptions of faulty parent-child relationships and illness behavior. *J Consult Clin Psychol* 39, 49–55, 1972
- KNAPP PH, MATHE AA, VACHON L: Psychosomatic aspects of bronchial asthma. *Mechanisms Therapeutics* 1976
- MARTY P: La relation objectale allergique. *Rev Franc Psychoanal* 22, 5–35, 1958
- MCFADDEN E Jr., LUPARELLO T, LYONS HA, BLEECKER E: The mechanism of action of suggestion in the induction of acute asthma attacks. *Psychosomatische Medizin – Medecine Psychosomatique – Medicina Psicosomatica* 31, 134–143, 1969
- McLOUGHLIN JA, NALL M: Teacher opinion of the role of food allergy on school behavior and achievement. *Ann Allergy* 61, 89–91, 1988
- MEIJER A: A controlled study on asthmatic children and their families. Synopsis of findings. *Israel J Psychiat Rel Sci* 18, 197–208, 1981
- MIYAMOTO T, TAKAFUJI S: Environment and allergy. In RING J, PRZYBILLA B: New trends in allergy III, p. 459–468, Springer, Berlin 1991
- MÜNZEL K: Atopische Dermatitis: Ergebnisse und Fragen aus verhaltensmedizinischer Sicht. *Verhaltensmod Verhaltensmed* 8, 1988
- PEARSON RS: Asthma-allergy and prognosis. *Proc R Soc Med* 61, 467, 1968
- PESCARA-KOVACH LA, ALEXANDER K: The link between food ingested and problem behavior: Fact or fallacy? *Behav Disorders* 19, 142–148, 1994
- PURCELL K et al.: The effect on asthma in children of experimental separation from the family. *Psychosom Med* 31, 144–164, 1969
- REES L: Physical and emotional factors in bronchial asthma. *J Psychosom Res* 98, 114, 1956
- RICHTER R, AHRENS S: Psychosomatische Aspekte der Allergie. In FUCHS E, SCHULZ KH: *Manuale Allergologicum* (Kap. VIII). Dustri, Deisenhofen 1988
- RICHTER R, DAHME B: High risk asthmatics: Psychological aspects. In JOHANSSON SGO: *Progress in allergy and clinical immunology*, Vol. 3, Stockholm, p. 198–202, Hogrefe & Huber Publishers, Seattle/Toronto/Bern/Göttingen 1995
- RING J, PALOS E, ZIMMERMANN F: Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. *I Hautarzt* 37, 560–567, 1986
- RING J: Adverse food reactions between psychology and allergy. In WÜTHRICH B: *Highlights in allergy and clinical immunology, proceedings of the annual meeting of the EAACI, Zurich, May 25–29, 1991*, p. 265–268, Hogrefe & Huber, Seattle/Toronto/Bern/Göttingen 1992
- RING J, BEHRENDT H, SCHÄFER T, VIELUF D, KRÄMER U: Impact of air pollution on allergic diseases: Clinical and epidemiologic studies. In JOHANSSON SGO: *Progress in allergy and clinical immunology*, p. 174–182, Hogrefe & Huber Publishers, Seattle/Toronto/Bern/Göttingen 1995
- SCHEICH G, FLORIN I, RUDOLPH R, WILHELM S: Personality characteristics and serum ige level in patients with atopic dermatitis. *J Psychosom Res* 37, 637–642, 1993
- SCHMIED C, SAURAT J-H: Epidemiology of atopic eczema. In RUZICKA T, RING J, PRZYBILLA B: *Handbook of atopic eczema*, p. 9–14, Springer, Berlin 1991
- STEIN SE, SAFRAN SP: Allergies and learning disabilities: A status report. *Internat J Disab Devel Educ* 39, 147–152, 1992
- STEINHAUSEN HC: Allergie und Psyche. *Monatsschr Kinderheilkd* 141, 285–292, 1993
- STRUPP HH, LEVENSON RW, MANUCK SB, SNELL JD, HINRICHSEN JJ, BOYD S: Effects of suggestion on total respiratory resistance in mild asthmatics. *J Psychosom Res* 18, 337–346, 1974
- THOMÄ H: Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche* 34, 589–624, 1980
- URSIN H: Stress, distress, and immunity. *Ann New York Acad Sci* 741, 204–211, 1994
- WEINER H: Bronchial asthma. In WEINER H: *Psychobiology and human disease*. Elsevier, New York 1977
- WHITLOCK FA: Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten. *Perimed, Erlangen* 1980
- WISTUBA F: Significance of allergy in asthma from a behavioral medicine viewpoint. *Psychother Psychosom* 45, 186–194, 1986

- WOLF S, HOLMES TH, TREUTING T, GOODELL H, WOLFF HG: An experimental approach to psychosomatic phenomena in rhinitis and asthma. *J Allergy* 21, 1–11, 1950
- WOLF S: Life stress and allergy. *Am J Med* 22, 919–928, 1956
- WOOLCOCK AJ, PEAT JK, TREVILLION LM: Changing prevalence of allergies worldwide. In JOHANSSON SGO: Progress in allergy and clinical immunology, Vo. 3, Stockholm, p. 167–171, Hogrefe & Huber Publishers, Seattle/Toronto/Bern/Göttingen 1995
- WÜTHRICH B: In Switzerland pollinosis has really increased in the last decades. *Allergy Clin Immunol News* 3, 41–44, 1991
- WÜTHRICH B, SCHINDLER C, LEUENBERGER P, ACKERMANN-LIEBRICH U: Prevalence of atopy and pollinosis in the adult population of Switzerland (SAPALDIA Study). *Int Arch Allergy Immunol* 106, 149–156, 1995
- WYLER-HARPER J, BIRCHER AJ, LANGEWITZ W, KISS A: Hypnosis and the allergic response. *Schweizerische Med Wschr, Supplementum* 76, 1994
- YOUNG E, STONEHAM MD, PETRUCKEVITCH A, BARTON J, RONA R: A population study of food intolerance. *Lancet* 343, 1127–1130, 1994
- YOUNG SH, RUBIN JM, DAMAN HR: Psychobiological aspects of allergic disorders. Praeger, New York 1986



# K. Sexuelle Störungen

BERNHARD STRAUSS

Nach einer von SCHORSCH et al. (1977) durchgeführten Befragung niedergelassener Ärzte verschiedener Fachrichtungen suchten zu dieser Zeit in der Großstadt Hamburg wöchentlich 1100 Patienten einen Arzt primär wegen sexueller Probleme auf (entspricht der Minimalschätzung). Weitere 1200 Patienten pro Woche präsentieren eine sexuelle Störung als Nebensymptom. Das Ergebnis dieser Studie (das im wesentlichen auch andernorts bestätigt wurde) belegt die große Bedeutung sexueller Störungen im klinischen Alltag.

Aus der Befragung ging ferner hervor, daß die von den Patienten vorgebrachten Probleme zu 95 Prozent *funktionelle Sexualstörungen* waren. Da andere sexuelle Störungen, also sexuelle Deviationen und Störungen der Geschlechtsidentität (speziell die Transsexualität) zumindest außerhalb der Psychiatrie erheblich seltener anzutreffen sind, kann sich die nachfolgende Darstellung auf die sexuellen Funktionsstörungen beschränken. Weitergehende Informationen zur Phänomenologie, Psychodynamik und Psychotherapie der sexuellen Devianz und von Störungen der sexuellen Identität finden sich beispielsweise bei SCHORSCH et al. (1985) oder BRÄUTIGAM und CLEMENT (1989).

## 1. Sexuelle Funktionsstörungen: Definition und Symptomatik

Der in Tabelle 1 dargestellte Überblick über die sexuellen Funktionsstörungen bei Män-

nern und Frauen orientiert sich an der Einteilung von ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986), die einzelne Störungen nach den Phasen sexueller Interaktion unterscheiden. In der Tabelle sind auch die unterschiedlichen diagnostischen Bezeichnungen der Störungen gemäß ICD-10 enthalten. Allgemein sind nach ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986) unter sexuellen Funktionsstörungen «diejenigen Beeinträchtigungen sexuellen Verhaltens und Erlebens» zu verstehen, «die mit ausbleibenden, verminderten oder atypischen genitalphysiologischen Reaktionen (Erektion, Ejakulation beim Mann; Erregung, Orgasmus, Scheidenkrampf bei der Frau) einhergehen». Im Gegensatz zu anderen Autoren und über die Definition hinausgehend unterscheiden ARENTEWICZ und SCHMIDT vier Phasen der sexuellen Interaktion zur Klassifikation der sexuellen Störungen, nämlich die sexuelle Annäherung (Appetenz), die Stimulation und Erregung, die Immissio bzw. den Koitus und den Orgasmus (einschließlich der postorgastischen Phase).

Die *sexuelle Lustlosigkeit* oder *gehemmte sexuelle Appetenz*, die sowohl bei Männern wie auch Frauen vorkommt, beschreibt eine andauernde Hemmung sexuellen Verlangens und Gleichgültigkeit gegenüber Sexualität bis hin zur *sexuellen Aversion*, also Widerwillen, Ekel vor sexueller Annäherung bzw. deren Vermeidung. Unter diese Kategorie wären auch die vom KAPLAN (1988) beschriebenen sexuellen Phobien und Paniksyndrome zu subsumieren, die durch massive Angstzustän-

Tabelle 1: Sexuelle Funktionsstörungen in verschiedenen Phasen der sexuellen Interaktion (nach ARENTEWICZ u. SCHMIDT, 1986).

| Phase                                     | Störung beim Mann  | Störung bei der Frau  | ICD-10-Diagnose   |
|---|--|---|---|
| <i>Sexuelle Annäherung</i><br>(Appetenz)  |  | Lustlosigkeit und sexuelle Aversion                               | Mangel o. Verlust v. sexuellem Verlangen (F52.); Sexuelle Aversion (F52.10)   |
| <i>Sexuelle Stimulation</i><br>(Erregung) | Erektionsstörung   | Erregungsstörungen (Störungen der Lubrikation)                    | Versagen genitaler Reaktionen (F52.2)   |
| <i>Immissio und Koitus</i>                |  | Vaginismus (Scheidenkrampf)<br>Dyspareunie (Schmerzhafter Koitus) | Nichtorganischer Vaginismus (F52.5); Nichtorganische Dyspareunie (F52.6)  |
| <i>Orgasmus</i>                           | Ausbleibende Ejakulation<br>Vorzeitige Ejakulation<br>Retrograde Ejakulation<br>Ejakulation ohne Befriedigung<br>Nachorgastische Verstimmung | Orgasmusstörung<br><br>Orgasmus ohne Befriedigung                 | Orgasmusstörung (F52.3); Mangelnde sex. Befriedigung (F52.11); Ejaculatio praecox (F52.4)<br><br>Andere/nicht näher bezeichnete sex. Funktionsstörungen (F52.8/9) |

de im Kontext sexueller Annäherung charakterisiert sind.

Eine Störung der Stimulation oder Erregung äußert sich beim Mann in einer – trotz vorhandener sexueller Appetenz – nicht voll ausgeprägten oder vollständig ausbleibenden Erektion. Bei der Frau versteht man unter der *Erregungsstörung* ein Ausbleiben der physiologischen Reaktionen (Lubrikations-Schwellreaktion), die notwendig wäre für ein lustvolles Erleben des Koitus bzw. sexueller Stimulation. Damit ist bereits gesagt, daß in diesem Fall Koitus möglich sein kann, bei dem aber dann oftmals Schmerzen und unangenehme Empfindungen auftreten.

Wenn auch bei Männern seltener, kann die Dyspareunie, d. h. ein schmerzhafter oder von Mißempfindungen, wie Jucken, Brennen oder Stechen begleiteter Koitus, bei beiderlei Geschlecht vorkommen. Bei Frauen ist die Dyspareunie oftmals Folge einer Erregungsstörung. Bei Männern ist die Dyspareunie vor

allem durch Schmerzen (oder die Angst davor) im Bereich der Glans penis charakterisiert. Der *Vaginismus* ist eine Störung des Koitus bei der Frau, bei der unwillkürliche Muskelspasmen der Beckenmuskulatur beim Versuch oder der Vorstellung einer Immissio auftreten. Diese insgesamt eher seltene «reflexhafte Abwehrbewegung» kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Während manche Frauen mit Vaginismus beispielsweise Finger oder Tampons in die Scheide einführen können, ist bei anderen oftmals selbst eine vaginale gynäkologische Untersuchung ohne Narkose unmöglich.

Unter den Störungen des Orgasmus beim Mann sind verschiedenartige Beeinträchtigungen der Ejakulation zu verstehen. Die *vorzeitige Ejakulation* (als die häufigste Störung dieses Abschnittes der sexuellen Interaktion beim Mann) ist charakterisiert durch einen schnellen Samenerguß, der vor, während der Immissio oder unmittelbar danach

auftritt. Zur genaueren Definition wurden verschiedene Kriterien vorgeschlagen (z. B. Zeit, Anzahl der Koitusbewegungen, Reaktion der Partnerin, subjektive Bewertung), die letztlich allesamt unzureichend erscheinen (vgl. BRÄUTIGAM u. CLEMENT, 1989), aber wahrscheinlich nötig sind, um das Phänomen beispielsweise von «schnellem Koitus» abzugrenzen. Weniger definitorische Schwierigkeiten bestehen bei der ausbleiben oder retrograden Ejakulation. Im ersten Fall kommt es trotz anhaltender Stimulation des erigierten Penis nicht zum Samenerguß. Bei der retrograden Ejakulation (gehäuft nach Prostatektomien vorkommend und als Nebenwirkung von Medikamenten) erfolgt der Samenerguß in die Blase, in der Regel begleitet von subjektiven Orgasmusgefühlen. Als weitere Orgasmusstörung des Mannes ist schließlich die Ejakulation ohne Befriedigung, d. h. ohne Lust- und Orgasmusgefühl und innere Beteiligung, zu erwähnen. Auch bei der Frau wird gelegentlich ein «physiologischer» Orgasmus ohne jegliches Befriedigungsgefühl beschrieben. Wesentlich häufiger ist die *Orgasmusstörung* bei der Frau aber dadurch charakterisiert, daß diese trotz intensiver Stimulation nie oder fast nie einen Orgasmus erreicht. Auch aufgrund der Tatsache, daß sehr viele Frauen über den Koitus hinausgehender manueller Stimulation bedürfen, um einen Orgasmus zu erleben, ist eine Abgrenzung der Störung schwierig. Auch ist das subjektive Orgasmuserleben bei Frauen interindividuell erheblich unterschiedlicher als bei Männern, wie zahlreiche sexualwissenschaftliche Untersuchungen belegt haben (vgl. z. B. BANCROFT, 1989).

Unter den möglichen Störungen der sexuellen Interaktion sind schließlich (eher selten vorkommende) postorgastische Reaktionen bei intakter sexueller Funktion erwähnenswert. Diese bei Männern und Frauen möglichen Reaktionen können sich sowohl körperlich (z. B. in genitalen Mißempfindungen) wie auch psychisch (in innerer Unruhe, Gereiztheit, depressiven Zuständen usw.) äußern.

Zur weiteren Beschreibung sexueller Funktionsstörungen bieten sich eine Reihe formaler Kriterien an, die in Tabelle 2 zusammengefaßt sind. Eine Berücksichtigung dieser Kriterien

*Tabelle 2: Formale Beschreibungsmerkmale sexueller Funktionsstörungen (nach ARENTEWICZ u. SCHMIDT, 1986).*

*Schweregrad*

*Dauer der Störung*

*Primäre* (d. h. von der ersten sexuellen Erfahrung an bestehende) versus *sekundäre* (d. h. nach symptomfreier Zeit auftretende) Störung

*Initial* (d. h. auf die erste sexuelle Erfahrung begrenzte) versus *dauerhafte oder chronische* Störung

*Praktikbezogene* (d. h. nur bei bestimmten sexuellen Aktivitäten vorkommend) versus *praktikunabhängige* Störung

*Partnerbezogene* (d. h. nur bei bestimmten Partnern beobachtbare) versus *partnerunabhängige* Störung

*Situative* (d. h. in Abhängigkeit bestimmter äußerer Einflüsse, z. B. besonderer beruflicher Belastung auftretende) versus *nichtsituative* Störung

kann sehr hilfreich sein, etwa bei der Klärung der Frage nach der Psychodynamik einer sexuellen Störung, aber auch bei der Abwägung, welche Bedeutung körperliche Bedingungsfaktoren für die Störung haben. Bei partner-, oft auch bei praktikabhängigen Störungen der Erektion beispielsweise läßt sich in der Regel eine körperliche Ursache der Störung ohne invasive diagnostische Maßnahmen rasch ausschließen. Weder die hier beschriebenen symptombezogenen Definitionen sexueller Funktionsstörungen noch die formalen Beschreibungen reichen aus, um die Behandlungsbedürftigkeit der Symptomatik hinreichend zu klären. Wie ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986) betonen, ist die «Funktion nur ein kleiner Teilbereich der Erlebnissphäre Sexualität». Dies besagt, daß Männer wie Frauen trotz gestörter Funktionen ihre Sexualität durchaus befriedigend erleben können. Ebenso sagt «eine intakte sexuelle Funktion wenig oder nichts aus über Intensität und Tiefe des Erlebens, über Lust und Befriedigung».

## 2. Epidemiologie sexueller Funktionsstörungen

Eine exakte Schätzung des Vorkommens sexueller Funktionsstörungen in der Bevölkerung ist schwierig. Die Basis für eine Schätzung der *Prävalenz* sexueller Störungen bilden nach wie vor (zum Teil schon ältere) sexualwissenschaftliche Umfragen, die sich in der Regel auf begrenzte Subpopulationen beziehen. Die wohl verlässlichsten Angaben liegen für die Erektionsstörungen des Mannes vor, die als chronische Störung bei 1 bis 2 Prozent aller Erwachsenen vorkommen, gelegentlich bei etwa 1/3 aller Männer (vgl. BANCROFT, 1989; GEBHARD u. JOHNSON, 1979).

Erektionsstörungen des Mannes sind am deutlichsten altersabhängig (in der klassischen Untersuchung von KINSEY fand sich eine Inzidenz von 0,4 Prozent bei den Männern unter 30 Jahren, eine Inzidenz von 25 Prozent bei den 65jährigen). In einer Reanalyse der Daten KINSEYS kamen GEBHARD und JOHNSON (1979) auf einen Anteil von 6 Prozent aller Männer, die als ein Problem eine vorzeitige Ejakulation berichteten. Angesichts der definitorischen Probleme sind derartige Angaben aber mit Vorsicht zu interpretieren. Verlässliche Hinweise auf die Häufigkeit von anderen sexuellen Funktionsstörungen des Mannes fehlen bisher gänzlich.

Ähnliches gilt für die sexuellen Funktionsstörungen der Frau, wobei auch hierfür – speziell im Zusammenhang mit den Orgasmusstörungen – definitorische Probleme verantwortlich scheinen. ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986) schätzen die Häufigkeit einer (klinisch relevanten) Anorgasmie in der Altersgruppe 20- bis 40jähriger Frauen auf der Basis der Literatur mit 5 bis 10 Prozent. Angaben zur Häufigkeit anderer Störungen der Frau scheinen bislang nicht vorzuliegen. Wie BANCROFT (1989) darlegt, ist die Häufigkeit sexueller Beeinträchtigungen (d.h. sexueller Funktionsstörungen, sexueller «Schwierigkeiten» und Unzufriedenheit mit der sexuellen Beziehung) mit mindestens etwa 20 Prozent bei Frauen und Männern zu beziffern. Nach SCHNABL (1978) sollen von unterschiedlichen sexuellen Funktionsstö-

rungen temporär 45 bis 60 Prozent aller Paare betroffen sein.

Die Inzidenz sexueller Störungen in klinischen Populationen ganz unterschiedlicher Art ist auf der Basis epidemiologischer Studien etwas besser einzuschätzen. Schätzungen der Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen in unterschiedlichen Studien weisen auf Werte zwischen 10 und 40 Prozent (vgl. z.B. BANCROFT, 1989). Die Bedeutung einzelner Störungen läßt sich relativ gut anhand der Patientenstatistiken sexualmedizinischer oder sexologischer Ambulanzen und Beratungsstellen bestimmen. Der Zusammenstellung von BRÄUTIGAM und CLEMENT (1989) zufolge sind bei Männern Störungen der Erektion mit Abstand am häufigsten (41–72%, bezogen auf alle Patienten), gefolgt von der vorzeitigen Ejakulation (13–32%), einer Kombination beider Störungen (4–11%) und der ausbleibenden Ejakulation (6–10%). Der Anteil an Patienten mit sexueller Inappetenz wurde in einzelnen Studien mit 9 bis 11 Prozent, der von Patienten mit Ejakulation ohne Orgasmus mit 4 Prozent beziffert. Bei Frauen sind Orgasmus- und/oder Erregungsstörungen besonders häufig (56–87%), gefolgt von Vaginismus (3–20%) und der Dyspareunie (2–17%). Häufigkeitsangaben zur sexuellen Inappetenz sind nach den vorliegenden Patientenstatistiken nicht zuverlässig, da sie oft nicht getrennt von Erregungsstörungen erfaßt werden können.

Die immer wieder berichteten Schichtunterschiede in der Verteilung der Häufigkeiten sexueller Störungen scheinen letztendlich keine Unterschiede der «wahren Inzidenz», sondern eher verschiedene, schichtabhängige Sexualitätskonzepte widerzuspiegeln. Erwartungsgemäß läßt sich bei einzelnen Störungen innerhalb klinischer Populationen eine deutliche Altersabhängigkeit konstatieren. So nimmt nach SCHNABL (1978) die Häufigkeit der Erektionsstörungen mit dem Alter zu, die der vorzeitigen Ejakulation ab.

## 3. Psychosomatik sexueller Funktionsstörungen

Der in Abbildung 1 wiedergegebene, von BANCROFT (1989) konzipierte «psychosomatische Regelkreis der Sexualfunktion» deutet die verschiedenen Ebenen an, auf denen Störungen der sexuellen Funktionen ihren Aus-

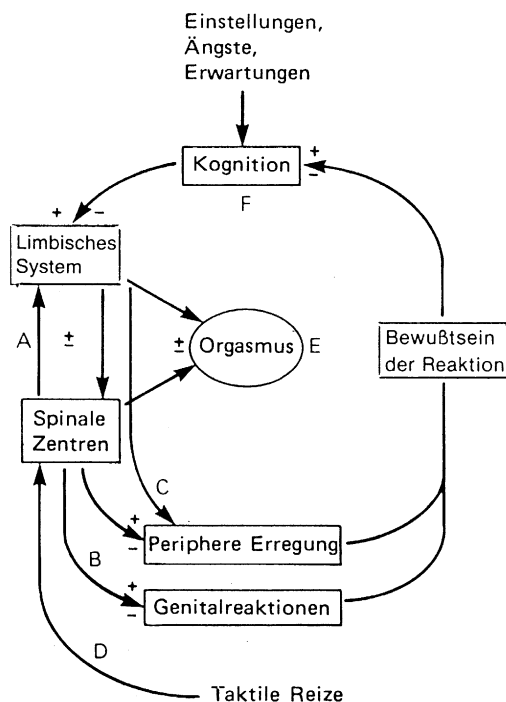


Abbildung 1: Der psychosomatische Regelkreis der Sexualfunktion (aus: BANCROFT: Human sexuality and its problems, 1989; dt: BANCROFT, Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Enke, Stuttgart 1987).

gang nehmen können. Die schematische Darstellung zeigt auch an, daß körperliche und psychische Bedingungsfaktoren in komplexer Wechselwirkung zueinander stehen können. Dem wird in der Praxis selten Rechnung getragen. Gerade in den letzten Jahren wird analog zur Entwicklung (teilweise sehr invasiver) diagnostischer Methoden mehr und mehr angenommen, daß spezifische Sexualstörungen letztlich doch körperlich bedingt sind. Am deutlichsten zeigt sich dies gegenwärtig bei den Störungen der Erektion. In einer neueren Übersicht über die diagnostischen Methoden der «Impotenz» (BÄHREN u. ALTWEIN, 1988) heißt es beispielsweise: «Wir sind aber ebenso überzeugt, daß die bis dato angenommene hohe Quote von psychischer Impotenz den Realitäten nicht entspricht, sondern daß Erektionsausfälle vielmehr in überwiegender Anzahl eine morphologische Antwort finden.» Inwieweit sich dieses Postulat halten las-

sen, müssen genauere Studien in der Zukunft zeigen. Die Vermutung, daß diese Auffassung als Indiz für eine immer wieder zu beobachtende *Medikalisierung der Sexualität* zu sehen ist, liegt gleichermaßen nahe. Unter anderem ist diese Medikalisierung im Hinblick auf die männliche Sexualität sicherlich begründet in der rapiden Entwicklung diagnostischer und «therapeutischer» Maßnahmen auf dem Feld der Urologie, die gewissermaßen post hoc ihre Legitimation und theoretische Begründung erfahren müssen. Nicht zu unterschätzen sind auch die Veränderungen im Verhältnis der Geschlechter, durch die bei Männern eine zunehmende Verunsicherung in der sexuellen Identität zu beobachten ist. Der medizinischen Technik scheint somit in der Phantasie vieler Betroffener die Funktion der «Rettung» vor erlebter Ohnmacht und Selbstentwertung zuzukommen (vgl. dazu ZAMEL, 1994). Mit diesen Überlegungen soll die potentielle Bedeutung körperlicher Bedingungsfaktoren sexueller Störungen nicht geschmälert werden.

### 3.1 Körperliche Bedingungsfaktoren sexueller Störungen

In Tabelle 3 sind die wichtigsten körperlichen Faktoren zusammengefaßt, die sexuelle Funktionen bei Mann und Frau negativ beeinflussen können (vgl. BANCROFT, 1989). Generell ist davon auszugehen, daß körperliche Erkrankungen jedweder Art eine Reduktion sexueller Appetenz und eine Beeinträchtigung sexueller Funktionen mit sich bringen können, sei es über spezifische körperliche Behinderungen, sei es durch eine Beeinflussung der Stimmung, des Selbstwertgefühls usw. Darüber hinaus können körperliche Erkrankungen auch funktionalisiert werden, damit man sich ohne Schuldgefühle aus einer problematischen sexuellen Beziehung zurückziehen kann. Oft sind hier auch andere sekundäre psychologische Effekte bedeutsam: Beispielsweise wird bei Patienten nach Herzinfarkt (Kap. IV.A.3) eine Häufung sexueller Störungen berichtet (nach WABREK u. BURCHELL, 1980, sogar bei 2/3), wofür bei

*Tabelle 3:* Wichtige körperliche Bedingungsfaktoren für beeinträchtigte sexuelle Funktionen.

- 
- Internistische Erkrankungen
    - Diabetes mellitus
    - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Hypertonie, periphere Durchblutungsstörungen)
    - Nierenerkrankungen
  - Hormonelle Störungen (z. B. Hyperprolaktinämie)
  - Genitale Mißbildungen, Entzündungen, Traumen und Infektionen im Urogenitalraum, spezielle gynäkologische Erkrankungen (z. B. Endometriose)
  - Rückenmarksverletzungen und -erkrankungen
  - Hirntrauma
  - Operationen im Abdominalbereich (z. B. Prostataktomie)
  - Affektive Störungen
  - Alkohol
  - Medikamente (speziell Psychopharmaka, Hormone, Antihypertensiva)
- 

vielen Patienten die Verbindung sexueller Erregung mit der (meist unbewußten) Angst vor einem Reinfarkt verantwortlich zu sein scheint. Beim Herzinfarkt, wie auch bei vielen anderen körperlichen Erkrankungen, wurde darüber hinaus gezeigt, daß ein Großteil der Patienten, die nach der Erkrankung von sexuellen Störungen berichten, bereits davor beeinträchtigt war (s. BANCROFT, 1989).

Von zahlreichen medizinischen Behandlungsmaßnahmen sind ebenfalls Auswirkungen auf die Sexualität zu erwarten. Eine Fülle von Medikamenten beispielsweise wirkt sich nachweislich auf zentralnervösem, peripherem oder endokrinem Niveau negativ auf die Sexualfunktionen aus, wobei dies bisher am besten für Psychopharmaka (s. Kap. III.H), blutdrucksenkende Mittel (s. Kap. IV.A.2) und exogen verabreichte Hormone dokumentiert ist (s. APPELT u. STRAUSS, 1988; STRAUSS u. GROSS, 1984). Es ist überdies anzunehmen, daß auch andere, nichtmedikamentöse Behandlungen sich negativ auf die Sexualität auswirken. Besonders deutlich wird dies an der sehr »sexualitätszentrierten« Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit (vgl. Kap. IV.O). Der Einfluß des Alters auf die Sexualfunktionen wurde bereits erwähnt. Veränderungen sind außerdem in bestimmten Lebensphasen als Resultat der Wechselwirkung psychischer und körperlicher Faktoren wahr-

scheinlich, wie z.B. während und nach Schwangerschaften, im Klimakterium usw. (s. BANCROFT, 1989).

### 3.2 Psychische Bedingungsfaktoren sexueller Störungen

BECKER (1980) weist in seiner Übersicht über psychoanalytische Ansätze bei der Behandlung sexueller Funktionsstörungen auf die Sonderstellung dieser Symptomatik innerhalb der psychoanalytischen Neurosenlehre hin und zieht Parallelen zu den Konversionssymptomen (vgl. Kap. II.B) und zu den Ich-Einschränkungen, d. h. Störungen, »bei denen das Ich aus Gründen der Konfliktabwehr auf Funktionen ... verzichtet mit dem Ergebnis von neurotischen Hemmungen« (S. 13). Eine Besonderheit sexueller Funktionsstörungen ist die häufig zu beobachtende doppelte Abwehrfunktion, worunter zu verstehen ist, daß mit dem Symptom sowohl eine Kompromißlösung zur Bewältigung individueller, aus der Biographie des Patienten verständlicher Konflikte zu sehen ist als auch eine Kompromißlösung zur Bewältigung von Paarkonflikten.

#### 3.2.1 Psychodynamik

Grundsätzlich ist zu sagen, daß sexuelle Funktionsstörungen Ausdruck einer *Vielzahl von Konflikten* darstellen können und es dementsprechend nicht gelingen kann, phänomenologisch klassifizierbaren Störungen, wie z. B. Erektions- oder Orgasmusstörungen, spezifische Konflikte zuzuordnen (vgl. BECKER, 1980). In der Regel dienen sexuelle Funktionsstörungen dem betroffenen Patienten als Schutzmechanismus gegen irrationale Ängste, die sich aus der »Bedürfnisgeschichte« eines Patienten ableiten lassen (vgl. ARENTEWICZ und SCHMIDT, 1986; wobei auch realere Ängste, z. B. vor Schwangerschaft oder Geschlechtskrankheiten sich negativ auswirken können). In Anlehnung an BECKER (1980) lassen sich als Beispiele *Triebängste* unterscheiden (wie die Angst vor Kontrollverlust, phantasierter Gewalttätigkeit oder Kastration), *Beziehungsängste* (wie die Angst vor Enttäuschung, Verschmelzung, Ichauflösung oder

Selbstaufgabe im Zusammenhang mit dem Orgasmus, Angst vor Partnerverlust oder vor inzestuösen Wünschen, die in der sexuellen Interaktion reaktiviert werden könnten). Als *Geschlechtsidentitätsängste* werden Ängste bezeichnet, die im Zusammenhang mit einer unsicheren Geschlechtsidentität bei Mann und Frau zu sehen sind. Schließlich werden in der psychoanalytischen Literatur *Gewissenängste* als psychodynamische Grundlage sexueller Störungen genannt, die aus einer Tabuisierung der Sexualität in der Entwicklung oder einer «Kollision des sexualfreundlichen Ich-Ideals mit einem sexualfeindlichen Über-Ich der Kindheit» resultieren (vgl. BECKER, 1980).

Diese sehr grobe Einteilung verdeutlicht zumindest, daß Ängste, die sexuellen Funktionsstörungen zugrundeliegen können, ihre Basis in ganz unterschiedlichen Phasen der kindlichen Entwicklung haben können.

### 3.2.2 Partnerdynamik

Der erwähnten «Doppelfunktion» sexueller Symptome zufolge haben sexuelle Funktionsstörungen in der Regel eine wichtige Bedeutung für das Gleichgewicht innerhalb einer Partnerbeziehung. Mit anderen Worten dient ein sexuelles Symptom innerhalb einer Beziehung meistens zur Lösung eines gemeinsamen Konfliktes oder einer interpersonellen Abwehr, wie dies allgemeiner im Rahmen des Kollisionsmodells (WILLI, 1975) postuliert wurde. Auch hier ist anzumerken, daß die Paarkonflikte in dieser Hinsicht sehr verschieden sein können und nicht spezifischen Störungen zuzuordnen sind. Einige mögliche Interessen, die der vermeintlich ungestörte Partner an dem Symptom innerhalb einer Beziehung haben kann, wurden von ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986) auf der Grundlage eines umfassenden Forschungsprojekts zur Evaluation von Paartherapien zusammengefaßt. Demzufolge sind am häufigsten vier paardynamische Prozesse zu beobachten, die – oftmals miteinander kombiniert – dazu beitragen, daß ein sexuelles Symptom innerhalb einer Beziehung aufrechterhalten wird, nämlich die Delegation (d.h. der symptomfreie Partner hat ein Interesse an

der Störung des anderen, um beispielsweise eigene sexuelle oder Beziehungsprobleme zu kaschieren), das Arrangement (d.h. das sexuelle Symptom ist das Resultat eines stillschweigenden (unbewußten) Abkommens, das beiden Partnern Nutzen bringt, z.B. gehemmte Aggressivität zu zügeln). Die Wendung gegen den Partner als weiterer Prozeß bezeichnet die Möglichkeit, mit einer sexuellen Störung gegenüber dem Partner unterdrückte Aggressivität oder Dominanzkonflikte zum Ausdruck zu bringen. Der Begriff Ambivalenz-Management schließlich beschreibt die Tatsache, daß ein sexuelles Symptom von beiden Partnern zur Regulation eines bestehenden Nähe-Distanz-Konfliktes benutzt wird. Derartige Funktionen sexueller Symptome werden besonders deutlich innerhalb von Paartherapien bei sexuellen Problemen, wo häufig zu beobachten ist, daß bei beginnenden Veränderungen des vermeintlich «gestörten» Partners sein «symptomfreies» Gegenüber Probleme (sexueller oder nicht-sexueller Art) entwickelt, es also zu einer Art Symptomverschiebung innerhalb der Beziehung kommt.

### 3.2.3 Lerndefizite als Ursache sexueller Probleme

Sexuelle Funktionsstörungen stehen oft in Verbindung mit falschen oder verzerrten Vorstellungen von der menschlichen Sexualität, die entweder Folge von Aufklärungsdefiziten oder aber mit bestehenden Konflikten verbunden sind. Diese werden in der Regel bei einer ausführlichen Exploration rasch deutlich und lassen sich durch Information und Korrektur spezieller Auffassungen leicht beheben (vgl. BUDDERBERG, 1987).

### 3.2.4 Selbstverstärkungsmechanismen sexueller Symptome

Mit dem lerntheoretischen Begriff des Selbstverstärkungsmechanismus wird das bei fast allen sexuellen Funktionsstörungen beobachtbare Phänomen bezeichnet, daß eine (aus welchen Gründen auch immer) gestörte Funktion Erwartungs- bzw. Versagensangst hervor-

rufen kann. Diese Ängste wirken sich wiederum negativ auf die sexuelle Funktion aus und können einen Circulus vitiosus bedingen, der zur Aufrechterhaltung oder Chronifizierung einer Sexualstörung beitragen kann, auch wenn deren eigentliche Ursache längst nicht mehr direkt wirksam ist. Diesem Phänomen tragen vor allem verhaltensorientierte Behandlungsmaßnahmen Rechnung, in denen konkrete Schritte zur Auflösung des Selbstverstärkungsmechanismus vorgeschlagen werden (vgl. BANCROFT (1989)).

#### 4. Psychotherapie sexueller Störungen

Eine häufig zu beobachtende Schwierigkeit im therapeutischen Umgang mit sexuellen Störungen ist in der Tatsache begründet, daß die *Thematisierung der Sexualität* oft sowohl vom Patienten als auch vom behandelnden Arzt als sehr unangenehm empfunden wird. Auf diesem Feld Sicherheit zu erlangen, ist das Resultat eines Lernprozesses, der auch enthalten muß, daß sich der Arzt über seine eigenen sexuellen Einstellungen Klarheit verschafft. BUDDEBERG (1987) geht auf diese Problematik ausführlicher ein. Eine weitere Schwierigkeit besteht in der von vielen Patienten vertretenen «somatischen Fixierung» im Zusammenhang mit einem sexuellen Problem, die primär der Verleugnung der psychischen Bedingungsfaktoren der Störungen dient. Diese *somatische Fixierung* trifft sich natürlich mit dem immer größer werdenden Angebot an somatischen Behandlungstechniken bei sexuellen Funktionsstörungen, insbesondere Erektionsstörungen (wie medikamentöse Maßnahmen, die Implantation von Penisprothesen oder die sogenannte Schwellkörperautoinjektionstherapie, SKAT).

Innerhalb weniger Jahre hat die SKAT in der urologischen Praxis eine große Bedeutung erlangt (bei der SKAT erlernt der betroffene Patient, erektionsfördernde Präparate wie Papaverin/Phentolamin oder Prostaglandin E<sub>1</sub> selbst intrakavernös zu injizieren). Katamnestische Studien aus jüngster Zeit haben allerdings die damit verbundene Euphorie sichtlich gedämpft. Insbesondere häufige Nebenwirkungen wie Fibrosierungen und Penis-

deviationen wurden anfänglich unterschätzt. Die Studien zeigen aber auch, daß ein nicht geringer Prozentsatz trotz der Nebenwirkungen an der Methode festhält (vgl. HARTMANN, 1993).

Überwiegend positiv sind bislang auch noch die Ergebnisse von (Kurzzeit-)Katamnesen bei Patienten, deren Erektionsstörungen mit Hilfe von *Penisimplantaten* (sogenannten «Prothesen») behandelt wurden. SCHROEDER-PRINTZEN und WEIDNER (1993) fassen die vorliegenden Untersuchungen zur Akzeptanz von Penisimplantaten zusammen und kommen zu dem Schluß, daß 74 bis 87 Prozent der Patienten mit dem Ergebnis der Implantation zufrieden sind. Ähnlich hoch sind die prozentualen Anteile jener Männer, die sich diesem Eingriff erneut unterziehen würden. Die Auswirkungen der Implantation auf die psychische Befindlichkeit, das Selbstwertgefühl und die Partnerbeziehung werden in Nachuntersuchungen überwiegend positiv beurteilt. Geklagt wird von den Patienten am häufigsten über postoperative Schmerzen, die Penisgröße (infolge der Operation verringert), die postoperative Koitusfrequenz und konkrete Fehlfunktionen der Prothese (vgl. TIEFER et al., 1988).

Im Zusammenhang mit SKAT und Penisimplantation läßt sich die Problematik der Realisierung einer psychosomatischen Behandlung der erektilen Dysfunktion sehr deutlich zeigen, u. a. daran, daß die Partnerinnen der Betroffenen in der Behandlung, aber auch in wissenschaftlichen Begleitstudien kaum eine Rolle spielen (ZAMEL, 1994), obwohl sie – wie Interviewstudien zeigen – die Situation oft ganz anders beurteilen als die betroffenen Männer (TIEFER u. MELMAN, 1983). Tatsächlich zeigt sich in der Praxis oft, daß eine ausführliche Sexualanamnese, in der die Biographie und Beziehungsgeschichte eines Patienten und dessen Partnerin *adäquat berücksichtigt* werden, eine sehr invasive medizinische Diagnostik und ebenso eingreifende Behandlungsmaßnahmen verhindern kann. SKAT und die Implantation von Penisprothesen stellen ein Behandlungsangebot dar, das sich mit sozial konstruierten Bildern männlicher Sexualität trifft (vgl. TIEFER, 1988). Nicht zuletzt deshalb sollte



man diese Methoden – trotz insgesamt positiver Katamneseergebnisse – als «ultima ratio» bei der Behandlung von Erektionsstörungen betrachten (SCHROEDER-PRINTZEN und WEIDNER, 1993).

#### 4.1 Sexualberatung

Im Zusammenhang mit der Evaluation der Arbeit einer Sexualberatungsstelle berichteten SCHORSCH et al. (1984), daß bei einem Viertel aller Patienten ein einmaliges Beratungsgespräch ausreichend war. Längere Beratungen (2 bis 10 Gespräche) wurden mit etwa der Hälfte aller Patienten geführt, während Psychotherapien lediglich bei einem weiteren Viertel aller Patienten indiziert wurden. Dies deutet an, daß vielen Patienten mit sexuellen Problemen mit relativ geringem Aufwand zu helfen ist, wobei in diesen Fällen sicher abgegrenzte Konflikte oder Lerndefizite im Vordergrund stehen dürften. Konzepte der Sexualberatung sind beispielsweise bei SCHORSCH et al. (1984) oder BUDEBERG (1987) beschrieben.

#### 4.2 Spezielle psychotherapeutische Maßnahmen

Prinzipiell lassen sich sexuelle Funktionsstörungen im Rahmen der herkömmlichen Psychotherapie (vgl. Kap. III) behandeln, wobei sich besonders psychoanalytische Ansätze (variierend von fokaler Beratung, supportiver Therapie bis zur psychoanalytischen Kurz- und Langzeittherapie; vgl. ROSEN, 1977) und verhaltenstherapeutische Techniken (z. B. ANNON, 1974) bewährt haben. Häufig werden bei der Behandlung sexueller Störungen auch *Kombinationen psychodynamischer und eher verhaltenstherapeutischer Techniken* angewandt (z. B. KAPLAN, 1974; ARENTEWICZ und SCHMIDT, 1986). Orientiert an den einzelnen Faktoren, die unter 3. genannt wurden, sollte die Psychotherapie sexueller Störungen im Optimalfall folgende Ziele haben: a) die Auflösung des Selbstverstärkungsmechanismus, b) die Korrektur von Lerndefiziten, c) ein Verständnis der Bedeutung der sexuellen Störung für die Partnerbeziehung und die Bearbeitung

zugrundeliegender Paarkonflikte und schließlich d) ein Verständnis der ursächlichen psychodynamischen Konflikte und Ängste sowie deren Bearbeitung. Der Anspruch, diese Therapieziele zu realisieren, läßt sich in verschiedenen Settings unterschiedlich gut realisieren.

##### 4.2.1 Paartherapeutische Ansätze

Bedenkt man die erwähnte «Doppelfunktion» sexueller Funktionsstörungen, dann liegt nahe, nicht nur den vom Symptom betroffenen Patienten, sondern auch dessen Partner psychotherapeutisch zu behandeln, vorausgesetzt, der Partner ist verfügbar und motiviert (weitere beachtenswerte Indikationskriterien für eine Paartherapie nennt z. B. WILLI, 1978). Pionierarbeit auf dem Gebiet der Paartherapie sexueller Störungen leisteten sicherlich MASTERS und JOHNSON (1973), die auf der Basis ihrer Untersuchungen zur Physiologie sexueller Reaktionen ein verhaltensorientiertes Therapieprogramm entwickelten. Dieses Programm sieht vor, dem Paar eine Reihe von systematisch abgestuften Verhaltensanleitungen zu geben («Übungen» oder «Hausaufgaben»), die von nichtgenitalen, primär entspannungsbetonten Streichelübungen («sensate focus») bis zur sexuellen Aktivität nach den Wünschen des Paares reichen. Zur Auflösung des Selbstverstärkungsmechanismus besteht über weite Teile der Behandlung ein «Koitusverbot», das das Paar von dem Druck des «Funktionieren-Müssens» bzw. von Versagensangst befreien soll. Die dem Programm zugrundeliegende Überlegung ist, daß ein Paar mit Hilfe der Übungen in der Lage sein soll, sexuelle Interaktion neu zu erleben und zu erlernen, wobei sich im Behandlungsverlauf die Möglichkeit bietet, spezielle Konflikte zu bearbeiten. Auf dem von MASTERS und JOHNSON beschriebenen Prinzip basieren zahlreiche Variationen der Paartherapie, die sich auf Setting-Charakteristika (verteilt, d. h. niedrig-frequent über längere Zeit, versus massiert, d. h. sehr hochfrequent über einen kurzen Zeitraum, ein versus zwei Therapeut(en)), aber auch auf inhaltliche und theoretische Aspekte beziehen (z. B. ANNON, 1974; KAPLAN, 1974; ARENTEWICZ

und SCHMIDT, 1986). Insbesondere in dem von ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986) beschriebenen Forschungsprojekt, in dem eine modifizierte Form der Paartherapie nach MASTERS und JOHNSON evaluiert wurde, zeigte sich, wie gut sich die erwähnten Verhaltensanleitungen eignen, den beteiligten Partnern auch die Psychodynamik und Paardynamik der sexuellen Störung sichtbar und zugänglich zu machen.

MASTERS und JOHNSON (1973) berichteten auf der Basis eigener Untersuchungen von relativ geringen Mißerfolgsraten, die von 0 Prozent (beim Vaginismus) bis 40 Prozent (bei primären Erektionsstörungen) reichten. ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986) fanden bei 75 Prozent von 223 behandelten Paaren eine leichte bis deutliche Besserung der Symptomatik bzw. eine Symptombeseitigung. Während die Fünf-Jahres-Katamnese von MASTERS und JOHNSON (1973) lediglich bei 5 Prozent der erfolgreich behandelten Paare eine Verschlechterung feststellte, relativieren die Katamneseresultate von ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986) doch die extrem positiven Behandlungsergebnisse der Paartherapie insofern, als sich nach einem bzw. zwei bis vier Jahren doch ein beträchtlicher Anteil von Paaren findet, die sich entweder getrennt hatten (was nicht unbedingt als Behandlungsmißerfolg zu werten ist) oder von einer Verschlechterung der Symptomatik berichteten. Dennoch deckt sich das geschilderte positive Bild mit anderen Ergebnissen zum Erfolg der Paartherapie, die BANCROFT (1989) ausführlich zusammenfaßt, wobei zu bedenken ist, daß sich die meisten Erfolgsmaße fast ausschließlich auf die Symptomausprägung beziehen. Anders als bei MASTERS und JOHNSON war der Unterschied im Behandlungserfolg in Abhängigkeit von der Symptomatik bei ARENTEWICZ und SCHMIDT (1986) kaum unterschiedlich, wobei auch hier der Vaginismus insgesamt gesehen am erfolgreichsten zu behandeln war, gefolgt von Ejakulations-, Erektions- und Orgasmusstörungen.

Zur Paartherapie liegen bisher im Hinblick auf Therapieansätze unterschiedlicher theoretischer Ausrichtung keine vergleichenden Untersuchungen vor. HAWTON und CATALAN (1986) nennen als wesentliche Prognosefakto-

ren für den Behandlungserfolg von Paartherapien die Qualität der Partnerbeziehung, die Motivation beider Partner sowie die Compliance im Hinblick auf die Verhaltensanleitungen.

#### 4.2.2 Einzel- und Gruppentherapie

Viele der speziell für sexuelle Schwierigkeiten konzipierten Formen der Einzelpsychotherapie stützen sich ebenso wie die beschriebene Paartherapie auf eine Kombination verbaler Techniken, Verhaltensanleitung und Körperselbsterfahrungsübungen. Es liegen auch mehrere Berichte über die erfolgreiche Anwendung dieser Konzepte in geschlechtshomogenen Gruppen vor (zum Teil auch mit partnerlosen Patienten, so z. B. BARBACH, 1974; ZILBERGELD, 1975). Auch die auf MASTERS und JOHNSON basierende Paartherapie wurde bereits mehrfach in Paargruppen angewandt (z. B. ARENTEWICZ und SCHMIDT, 1986) und erwies sich als brauchbare Alternative, die aber sicherlich besonderer therapeutischer Erfahrung bedarf, welche auch für ein klassisches paartherapeutisches Setting unabdingbar ist.

Der Untersuchung von SCHORSCH et al. (1977) zufolge haben Patienten mit Sexualstörungen bis zu ihrem Erstkontakt mit einer sexologischen Spezialambulanz eine mehrjährige Patientenkarriere hinter sich, in deren Verlauf durchschnittlich mehr als vier Fachärzte (vergeblich) konsultiert wurden. Der Überblick dürfte gezeigt haben, daß eine genauere Prüfung psycho- und partnerdynamischer Aspekte bei Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen im Verlauf der ärztlichen Behandlung und eine rechtzeitige Überweisung zu psychotherapeutisch geschulten Fachkräften vielen Patienten ein derartiges Schicksal ersparen könnte.

## Literatur

- ANNON JS: Behavioral treatment of sexual problems. Harper & Row, Hagerstown 1974  
 APPELT H, STRAUSS B: Psychoendokrinologische Gynäkologie. Enke, Stuttgart 1988

- ARENTEWICZ G, SCHMIDT G: Sexuell gestörte Beziehungen. Springer, Heidelberg 1986
- BÄHREN W, ALTWEIN JE: Impotenz. Thieme, Stuttgart 1988
- BANCROFT J: Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone, Edinburgh 1989
- BARBACH L: Group treatment of preorgastic women. *J Sex Marital Ther* 1, 139–145, 1974
- BECKER N: Psychoanalytische Ansätze bei der Therapie sexueller Funktionsstörungen. In SIGUSCH V (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen*, S. 12. Thieme, Stuttgart 1980
- BRÄUTIGAM W, CLEMENT U: Sexualmedizin im Grundriß. Thieme, Stuttgart 1989
- BUDDEBERG C: Sexualberatung. Enke, Stuttgart 1987
- GEBHARD PH, JOHNSON AB: The Kinsey Data: Marginal tabulations of the 1938–1963 interviews conducted by the Institute for Sex Research. Saunders, Philadelphia 1979
- HARTMANN U: Erektionshilfen? SKIT/SKAT. In VOGT HJ, CONRAD F, HERMS V (Hrsg.) *Praktische Sexualmedizin*, S. 77. Verlag Medical Tribune, Wiesbaden 1993
- HAWTON K, CATALAN J: Prognostic factors in sex therapy. *Behav Res Ther* 24, 377–385, 1986
- KAPLAN HS: New sex therapy. Bruner Mazel, New York 1974
- KAPLAN HS: Sexualaversion, sexuelle Phobie und Paniksyndrome. Enke, Stuttgart 1988
- MASTERS WH, JOHNSON VE: Anorgasmie und Impotenz. Goverts, Frankfurt 1973
- ROSEN I: The psychoanalytic approach to individual therapy. In MONEY J, MUSAPH H (eds.) *Handbook of sexology*, p. 231. Elsevier, Amsterdam 1977
- SCHNABL S: Intimverhalten – Sexualstörungen – Persönlichkeit. Deutscher Verlag der Wissenschaft, Berlin 1978
- SCHORSCH E, BRANDT T, SCHMIDT G, SPENGLER A: Zur Versorgung von Patienten mit sexuellen Störungen. *Sexualmed* 6, 585–690, 1977
- SCHORSCH E, CLEMENT U, DORSCH M, GALEDARY G, HAUCH M, KLEBER RA: Sexualberatungsstelle der Abteilung für Sexualforschung – Konzept und Ergebnisse 1979–1984. Ergebnisbericht. Universität Hamburg 1984
- SCHORSCH E, GALEDARY G, HAAG A, HAUCH M, LOHSE H: Perversion als Straftat. Springer, Berlin 1985
- SCHROEDER-PRINTZEN I, WEIDNER W: Akzeptanz von Penisimplantaten. In VOGT HJ, CONRAD F, HERMS V (Hrsg.) *Praktische Sexualmedizin*, S. 94. Verlag Medical Tribune, Wiesbaden 1993
- STRAUSS B, GROSS J: Auswirkungen psychopharmakologischer Behandlung auf sexuelle Funktionen. *Fortschr Psychiat Neurol* 52, 293–301, 1984
- TIEFER L: In pursuit of the perfect penis: The medicalization of the male sexuality. *Am Behav Scientist* 29, 579–599, 1986
- TIEFER L, MELMAN A: Interview of wives: A necessary adjunct in the evaluation of impotence. *Sexual Disabil* 6, 167–175, 1983
- TIEFER L, MOSS S, MELMAN A: Follow-up of patients and partners experiencing penile prosthesis malfunction and corrective surgery. *J Sex Marital Ther* 17, 113–128, 1991
- WABREK AJC, BURCHELL RC: Male sexual dysfunction associated with coronary heart disease. *Arch Sex Behav* 9, 69–75, 1980
- WILLI J: Die Zweierbeziehung. Rowohlt, Frankfurt 1975
- WILLI J: Therapie der Zweierbeziehung. Rowohlt, Frankfurt 1978
- ZAMEL G: Wenn die Ohnmacht nicht mehr auszuhalten ist. *Z Sexualforsch* 7, 142–150, 1994
- ZILBERGELD B: Group treatment of sexual dysfunctions in men without partners. *J Sex Marital Ther* 1, 204–214, 1975

# L. Artificielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome

REINHARD PLASSMANN

## 1. Einleitung

Die Feststellung, daß einige der körperlichen Krankheiten durch Manipulation der Patienten zustandekommen, hat Organmediziner schon lange veranlaßt, Einzelfallbeobachtungen zu publizieren, und es ist wiederholt unternommen worden, zu einer umfassenden Darstellung dieses «Artefakt» genannten Phänomens zu gelangen, indem möglichst viele solcher Krankheitsbilder beschrieben wurden, die alle die «Ätiologie» der Selbstmanipulation gemeinsam hatten. Die vollständige Sammlung ist das «Handbuch der Artefakte» von MAYR (1937). In diesem Werk von 470 Seiten sind die meisten klinischen Fächer vertreten (Psychiatrie und Neurologie, Dermatologie, HNO, Augenheilkunde, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Zahnheilkunde).

Unter dem Oberbegriff des Artefakts werden von MAYR und seinen Koautoren alle Krankheitsbilder zusammengefaßt, die irgendwie etwas mit Selbsterzeugung zu tun haben, nämlich Simulation, Selbstbeschädigung oder Selbstverstümmelung, sei sie offen vollzogen oder dem Arzt verheimlicht, bis hin zum bewußten Versicherungs- und Rentenbetrug durch falsche Angaben. Dieser Klassifikationsversuch hat einen nicht geringen wer-

tenden Charakter, die Täuschung des Arztes wird als verwerflich angesehen.

Der *Mißbrauch des eigenen Körpers* ist das zentrale Phänomen in verschiedenen klinischen Syndromen, die in den letzten Jahrzehnten beschrieben worden sind. Dabei ist stets der Arzt auf verschiedene Weise in das Agieren des Patienten einbezogen, die *Störung der Beziehung zum Arzt* wird zum Bestandteil des Krankheitsbildes. Die spezifische Pathologie der Arzt-Patient-Beziehung können wir auf unbewußte Phantasien des Patienten über den Arzt (und die Bereitschaft des Arztes, darauf einzugehen) zurückführen und als Bestandteil der Krankheit auffassen und interpretieren. Die Täuschung des Arztes durch die heimliche Selbsterzeugung von Krankheit und die Tendenz zum Beziehungsabbruch und Behandlungswandern sind auffälligste Merkmale dieser Beziehungspathologie. Fast alle klinischen Begriffe, die in den letzten Jahrzehnten vorgeschlagen wurden, versuchen, diese Elemente der Beziehungsstörung in Worte zu fassen, haben aber in ihrer Vielfalt wenig zu einer Systematik beigetragen. Die wichtigsten klinisch klar definierbaren Krankheitsbilder sind: Münchhausen-Syndrom, Munchausen-by-proxy-Syndrom, artifizielle Krankheiten («heimliche Selbstmißhandlung»), offene Selbstbeschädigung (PLASSMANN, 1987).

## 2. Münchhausen-Syndrom

### 2.1 Definition

Dieser Ausdruck wurde von ASHER (1951) eingeführt und fand breiteste Verwendung, so daß mittlerweile einige hundert Fälle unter dieser Diagnose publiziert worden sind (FORD, 1982).

Asher hat auf launige Art eine klinische Beschreibung gegeben, ohne sich auf eine ganz präzise Definition festzulegen. Dies hat dazu geführt, daß spätere Autoren den neuen Münchhausenbegriff wieder wie den alten Artefaktbegriff undifferenziert für alle Zustände selbsterzeugter Krankheit gebrauchten.

ASHER beschreibt Patienten mit

- a) phantasierter oder manipulierter Symptomatik,
- b) *pathologischem Erfinden von medizinischen und sozialen Identitäten*, mit falschen Namen, falschen Biographien und mit der Tendenz zum Hochstapeln («... being an exsubmarine commander who was tortured by the gestapo»),
- c) pathologischem Behandlungswandern von Klinik zu Klinik und antisozialem Verhalten, worunter ASHER Drogenabhängigkeit, Gefängnisstrafen und psychiatrische Kliniksbehandlung versteht.

Sofern der Begriff nicht inflationär, sondern in ASHERS ursprünglichem Sinne verwendet wird, ist er definiert durch «malingered or simulated diseases, pseudologia phantastica (pathological lying), and peregrination» (FORD, 1982; PLASSMANN, 1986).

ASHER selbst hat die Klarheit seines Begriffs gefährdet, indem er Untergruppen je nach Organbetroffenheit beschrieb (laparatomophilia migrans, haemorrhagica histrionica, neurologica diabolica), so daß später versucht wurde, den Münchhausenbegriff z. B. auch für sozial integrierte, nicht wandernde Patienten mit beliebigen Selbstbeschädigungssymptomen zu verwenden oder «typische» von «untypischen» Münchhausen-Patienten zu unterscheiden (NADELSON, 1985).

### 2.2 Klinik

Münchhausenkranke sind nach FORD (1982) etwa im Verhältnis 2 : 1 Männer, durchschnittlich 30 bis 40 Jahre alt, sie haben manchmal Berufserfahrungen im Gesundheitswesen. Sie sind extrem «kliniksüchtig», führen sich in

Ambulanzen oder Spitäler mit oder ohne Selbstmanipulation, immer aber durch Schilderung hochakuter Krankheitszustände ein. Sie geben sich, wie erwähnt, falsche Namen, falsche Anamnesen und Biographien, welche geeignet sind, Interesse und Faszination beim Arzt zu erzeugen. Sie geben sich als Kriegsveteranen, Lagerhaftgeschädigte oder als Träger seltenster Krankheiten aus. Die Patienten lassen alle Eingriffe und Untersuchungen geschehen, sie sind gleichsam ideale Patienten und idealisieren ihre Ärzte, bis dann Zweifel an der Echtheit ihrer Krankheit aufkommen, welche einen plötzlichen Umschwung der Beziehung bewirken mit Entwertung des Arztes (und des Patienten durch den Arzt), mit heftigsten aggressiven Beziehungsspannungen und abruptem Beziehungsabbruch. Danach inszenieren diese Patienten den gleichen Ablauf in der nächsten Klinik. In einem Fall sind 423 aufeinanderfolgende Klinikaufenthalte nach diesem Muster recherchiert worden. Die längste publizierte Dauer einer solchen Münchhausenwanderung beträgt 34 Jahre .

## 3. Munchausen by proxy

### 3.1 Definition und Klinik

Der englische Kinderarzt MEADOW hat den Ausdruck «Munchausen by proxy» eingeführt, nachdem er festgestellt hatte, daß in einigen Fällen von «Epilepsie bei Kindern» tatsächlich die Mütter die Krampfanfälle nur behauptet oder auch heimlich manipuliert hatten durch Verlegung der Atemwege, Halsabdrücken oder Verabreichung von Medikamenten (MEADOW, 1977, 1984).

Andere Autoren haben beschrieben, daß Mütter heimlich Durchfall bei ihren Kindern manipulieren, häufig sind heimliche Vergiftungen, Hautartefakte, Infektionen durch Injektion von Exkrementen, vorgetäuschte Blutungen.

Das Munchausen-by-proxy-Syndrom wird von vielen Autoren als *Sonderform der heimlichen Kindesmißhandlung* angesehen, die KEMPE et al. (1962) unter dem Namen «battered child-syndrome» beschrieben haben.

Die Eltern (häufig die Mutter) mißhandeln ihr Kind in psychischen Zuständen, für die später eine Amnesie besteht. Sie verleugnen die Mißhandlung des Kindes und finden banale Erklärungen für die Verletzungen.

Das Munchausen-by-proxy-Syndrom ist im Vergleich zu den vielen hundert publizierten Münchhausen- und Artefakt-Patienten bisher noch relativ selten diagnostiziert worden: Von 1977 bis 1984 wurden insgesamt 80 Fälle beschrieben. Die *Manipulationen der Mütter* sind in vielen Fällen lebensbedrohlich, zahlreiche Kinder, auch Geschwisterkinder, sterben am «plötzlichen Kindstod» unter ungeklärten Verhältnissen. Bei den Müttern fällt regelmäßig eine Tendenz zur Selbstbeschädigung oder körperlichen Selbstmanipulation auf, d. h., der eigene und der kindliche Körper sind den Müttern austauschbar.

Die Biographie und die manifeste Psychopathologie der Mütter geben zahlreiche Hinweise auf schwere Persönlichkeitsstörungen. In der Kindheit der Mütter häufen sich erlittene Mißhandlungen. Als Erwachsene scheinen die Mütter psychotische und suizidale Krisen durch das Munchausen-by-proxy-Agieren abzuwehren. Nach Konfrontation der Mütter mit der ärztlichen Diagnose der heimlichen Kindsschädigung ist die Gefahr von Suizidversuchen oder Psychosen der Mütter groß, oder aber die Mütter beginnen nach der Konfrontation an rätselhaften eigenen Krankheiten zu leiden, bei denen es sich, wie sich dann oft zeigt, um Artefakte handelt.

#### 4. Selbstbeschädigung

Selbstbeschädigung wird synonym auch als offene Selbstbeschädigung oder offene Selbstmißhandlung bezeichnet (PLASSMANN, 1987; SACHSSE, 1987), im Englischen wird von automutilation oder von delicate self-cutting gesprochen, da das Schneiden die am häufigsten praktizierte Selbstverletzungs-methode ist.

Dieses Verhalten ist in psychiatrischen Kliniken häufig in Gestalt des «Ritzens», «Schnippelns» oder als Brennen der Haut mit Zigarettenstummeln, als mechanische Trau-

matisierung durch Schlagen mit der Hand oder mit dem Kopf gegen harte Gegenstände oder auch, wie im Fall eines unserer Patienten, durch Verätzung der Haut mit Säure. Die Verletzungsarten sind eher stereotyp, ohne besondere persönliche Symbolik.

Bei der Selbstbeschädigung ist sowohl dem Patienten als auch seiner Umgebung, besonders dem Arzt oder Therapeuten, klar, daß der Patient Urheber der körperlichen Schädigung ist. Münchhausen- und Artefaktpatienten hingegen bauen eine fast undurchdringliche psychische Abwehr für die Tatsache auf, daß sie selbst am Körper schädigend manipulieren. Sie bauen diese Abwehr in einem komplizierten Mehrpersonensystem aus Patient, Patientenkörper bzw. Kindskörper und Arztgestalt auf unter massiver Verwendung von Pseudologie, Spaltungs- und Verleugnungs- und Projektionsvorgängen.

Bei vielen Patienten mit (offener) Selbstbeschädigung liegen die Verhältnisse hingegen anders. Diese Patienten leben ihren destruktiven Selbstanteil offen aus, sie können auch über Gewalt und Inzest in ihren Familien sprechen. Es scheint ihnen gar nichts auszumachen, daß sie ihren Körper durch ihre Selbstbeschädigungshandlungen zerstören. Sie wirken identifiziert mit einem pseudoautonomen, unerreichbaren Ideal von Unabhängigkeit, während im Kontrast dazu die infantil-symbiotischen Bedürfnisse stark abgewehrt bleiben müssen. Ein Sprechen über die Selbstbeschädigung ist viel leichter möglich als ein Sprechen über die vorausgehende Angst und Ohnmacht. Die Interpretation der Selbstbeschädigung als Selbsthilfe in einer Notsituation entlastet diese Patienten sehr stark und eröffnet ihnen die Möglichkeit zur therapeutischen Allianz im gemeinsamen Suchen nach gesünderen Hilfsmöglichkeiten für den hilflosen, abhängigen Persönlichkeitsanteil. SACHSSE (1987) hat diesen Konflikt, dessen Symptom die Selbstbeschädigung ist, beschrieben und auf eine infantile Parentifizierungssituation der Kinder in der Beziehung vor allem zur Mutter zurückgeführt. Es hat bereits einige Versuche psychoanalytischer Behandlung solcher Patienten gegeben (SACHSSE, 1994).

## 5. Artifizielle Krankheiten

### 5.1 Terminologie

Die Beschreibung der Münchhausen-Syndrome und der Selbstbeschädigung hat verdeutlicht, daß zur psychischen Problematik dieser Patienten zum einen eine Pathologie der Beziehung zum Körper gehört und zum anderen eine spezifische Pathologie der Arzt-Patient-Beziehung.

Der Arbeitsbegriff «*Mimikry-Phänomen*» (PLASSMANN, 1987) ist dem Bedürfnis entsprungen, für die charakteristische Beziehungsstörung zum Arzt eine möglichst wertneutrale Formulierung zu finden. Zahlreiche andere Termini enthalten eine mehr oder weniger deutliche Abwertung: «vorgetäuschte Krankheit» (DSM-III; BOCK u. OVERKAMP, 1986), «hospital hoboes», «doctor shopping». Eine große Zahl von Synonyma für die Artefaktkrankheit bezieht sich entweder auf die offensichtliche Autodestruktivität der Patienten oder auf deren Beziehungsstörung zum Arzt. PAAR (1987) hat 36 verschiedene Be-

nennungsvorschläge für vorgetäuschte und selbstmanipulierte Krankheiten aufgezählt, und dieser Liste könnten noch weitere angefügt werden.

### 5.2 Klinisches Erscheinungsbild

Die körperliche Symptomatik ist außerordentlich vielfältig. Synoptische Darstellungen finden sich bei MAYR (1937), BOCK und OVERKAMP (1986) sowie ECKHARDT (1987).

Besonders häufige Selbstmanipulationsarten sind artifizielles Fieber und artifizielle Infektionen. Häufig sind ebenfalls artifizielle Hautläsionen. Besondere und auch häufigere Formen der Hautmanipulation sind Handödeme oder Hautemphyseme. Auf gynäkologischem Gebiet kommen hauptsächlich artifizielle Blutungen vor. Artifizielle Anämien können beispielsweise durch die Einnahme gerinnungshemmender Medikamente hervorgerufen werden oder durch artifizielle Aderlässe (PLASSMANN, 1987). Auf endokri-

Tabelle 1: Artifizielle Symptome auf internistischem Gebiet (Gesamtgruppe n = 44).

| Symptome   | n  | Krankheitsbilder                    | n  |
|--|----|-------------------------------------|----|
| Hypokaliämie   | 14 | Enteritis, Colitis                  | 10 |
| Blutungen (Harn, Magen<br>Rektum, Lunge, Nase, Haut) | 12 | Harnwegsinfektion                   | 9  |
| Hypotonie  | 9  | Blutgerinnungsstörung               | 8  |
| Tachy-, Bradykardie                                  | 9  | Nieren-, Harnblutung                | 7  |
| Durchfälle   | 7  | Anämie                              | 7  |
| Anämien  | 6  | Periphere Durchblutungs-<br>störung | 7  |
| Fieber   | 6  | «Tumor», Kachexie                   | 7  |
| Hämorrhag. Diathese                                  | 6  | Pankreatitis                        | 4  |
| Durchblutungsstörungen                               | 4  | Hyperthyreose                       | 3  |
| Bauchkoliken   | 2  | Conn-Syndrom                        | 2  |
| Blutdrucksteigerung                                  | 2  | Insulinom                           | 2  |
| Erbrechen  | 2  | Herzrhythmusstörung                 | 2  |
| Hypoglykämie   | 2  | «Infektionskrankheit»               | 2  |
| Ikterus  | 2  | Endometriose                        | 1  |
| Hämolyse   | 1  | Bartter-Syndrom                     | 1  |
| Hyperkaliämie  | 1  | M. Addison                          | 1  |
|  |    | Akute interm. Porphyrie             | 1  |
|  |    | Myokarditis                         | 1  |
|  |    | Synkope                             | 1  |
|  |    | Bauchdeckenabszesse                 | 1  |
|  |    | Kollagenose                         | 1  |

Mehrfachnennungen, da oft mehrere Symptome beim gleichen Patienten

nologischem Gebiet sind Hypoglykämien beschrieben durch Insulin und orale Antidiabetika sowie Hyperthyreosen durch Hormoneinnahme. Eine Übersicht gibt Tabelle 1 (nach BOCK u. OVERKAMP, 1986).

Die Patienten sind oft intim vertraut mit der Reaktionsweise ihres Körpers und entdecken dabei auch Manipulationsmöglichkeiten, die dem Arzt normalerweise unbekannt sind. Nach einer kleineren Verletzung der Wangenschleimhaut z.B. durch Nadelstich erzeugt kräftiges Backenaufblasen monströse Hautemphyseme des Gesichts, die in der vorantibiotischen Ära wegen der Gefahr des Gasbrandes alarmierend gewirkt haben. Um Schwellungen und trophische Störungen der Hände zu erzeugen, ist nur anfangs längeres Strangulieren oder Malträtieren der Extremität erforderlich, später nur noch sporadisches minutenlanges Beklopfen. Eine unserer Patientinnen hatte sich aus Fachliteratur genau über die Wirkung eines Toxins (Äthylenglykol) informiert, welches sie heimlich in knapp subletaler Dosis einnahm und damit rätselhaft Entgleisungen des Säurebasenhaushaltes auslöste.

### 5.2.1 Klinische Einschätzung des Krankheitsbildes

Die Artefakte sind von sehr unterschiedlicher physischer Gefährlichkeit. Oberflächliche Hautschädigungen sind ungefährlich, während Anämien, Hypoglykämien oder Stoffwechselmanipulationen sehr leicht lebensbedrohlich werden können. Destruktiven Charakter haben auch Operationen, besonders verstümmelnde, bei denen unersetzliche Organe wie Ovarien, Uterus entfernt werden. Unfälle als Artefaktäquivalent können ebenfalls eher leicht oder schwer sein, ebenso manifeste Suizidversuche. Süchtige Tendenzen können eher harmlos sein in Gestalt eines übermäßigen Trinkens zur Konfliktentlastung bis hin zu schwerem Analgetika- oder Morphinabusus. Dabei spricht eine große Vielfalt paralleler oder sich abwechselnder autodestruktiver Tendenzen für chronisch regressive Zustände mit einer schlechten Prognose.

## 5.3 Epidemiologie

Aus den zahlreichen Publikationen zum Thema Artefaktkrankheit lassen sich nur relativ spärliche epidemiologische Daten entnehmen. Die Synopsis von 27 Artikeln, welche verwertbare Zahlenangaben enthalten, ergibt eine Gesamtpatientengruppe in diesen Arbeiten von insgesamt 1070 Fällen. Deren Alters-, Geschlechts- und Berufsverteilung zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Epidemiologische Daten (Gesamtgruppe n = 1070)

| n    | Med. Berufe | Geschlecht                 | Alter (Jahre) | Morbiditätsrate |
|------|-------------|----------------------------|---------------|-----------------|
| 1070 | 58 %        | 78 % Frauen<br>22 % Männer | 20–30         | 0,058–9         |

Eine Aufschlüsselung der gewählten Berufe meiner Gruppe von 24 Patienten ergibt folgendes Bild:

Tabelle 3: Berufsverteilung (Gesamtgruppe n = 24)

| Berufe                    | n  |
|---------------------------|----|
| Krankenschwester          | 8  |
| ungelernte(r) Arbeiter/in | 4  |
| kfm. Angestellte          | 4  |
| Arzthelferin              | 2  |
| Kindergärtnerin           | 1  |
| Retoucheur                | 1  |
| Technischer Zeichner      | 1  |
| Fernfahrer                | 1  |
| Köchin                    | 1  |
| Lehrling                  | 1  |
| Gesamt                    | 24 |

Die Helferberufe (Krankenschwester, Kindergärtnerin und Arzthelferin) machen zusammengekommen einen Anteil von 46 Prozent aus. Die drei Männer hatten technische Berufe gewählt: Fernfahrer, Schlosserlehrling, Technischer Zeichner. Die Wahl medizinischer und körperbezogener Berufe ist immer wieder aufgefallen (PLASSMANN, 1986, 1987; PAAR, 1987; ECKHARDT, 1987). Die naheliegende Erklärung, daß z.B. Krankenschwestern aufgrund ihres medizinischen



Wissens instände seien, schwer diagnostizierbare Artefakte zu erzeugen, läßt erstens offen, warum sie dieses Wissen erwerben, und beantwortet auch nicht, warum sie überhaupt den Körper zum Objekt von Manipulationen machen. Wahrscheinlich ist bereits die Berufswahl Ausdruck einer besonderen Bedeutung, welches die Körperlichkeit, das Krankenhaus und die Arztgestalt für diese Patienten haben.

#### 5.4 Biographische Daten

Artefaktpatienten sind in ihrer Kindheit sehr häufig größten Traumatisierungen ausgesetzt. Bei einer Gruppe von 22 Artefaktpatienten waren 61 Prozent Opfer schwerer Kindesmißhandlungen, 24 Prozent waren vergewaltigt worden, 19 Prozent der Patienten waren Opfer eines Inzests und 28 Prozent hatten traumatische Objektverluste durch Trennung von Mutter oder Vater in den ersten Lebensjahren erlitten (PLASSMANN, 1993). Die Zahlen können als Untergrenze angesehen werden, da die Patienten die erlittene ebenso wie die selbst durchgeführte Schädigung ihres Körpers verleugnen. Zum Vergleich: Bei Patienten mit offener Selbstmißhandlung fand SACHSSE realen Inzest bei zwei Drittel der Fälle (SACHSSE, 1987). Zahlreiche Autoren haben darauf hingewiesen, daß sich in der Kindheit von Artefaktpatienten Objektverluste, Mißhandlungen, Inzest und auch Erfahrungen mit körperlicher Krankheit sehr häufen (s. auch ECKHARDT, 1987).

#### 5.5 Psychodynamik

Artefaktpatienten scheinen Teile des eigenen Körpers unbewußt nicht der eigenen Person zuzurechnen, sondern fassen diese wie ein äußeres Objekt auf oder wie eine Verschmelzungszone von Subjekt und Objekt. Die *Störung der Bildung einer realistischen Körpervorstellung* kann auf der Art und Weise beruhen, wie die Mutter mit dem kindlichen Körper in den ersten Lebensmonaten umgegangen ist. Analog dem Umgang von Münchhausen-by-proxy-Müttern mit ihren Kindern

kann ein Kind dabei durch eindeutig destruktive Manipulationen an seinem Körper psychisch geschädigt werden, etwa durch Zufügen von Schmerz oder Auslösen von Funktionsstörungen (Anfälle, Durchfall). Subtilere Formen der Traumatisierung können beispielsweise durch ein Ernährungs- und Hautpflegeverhalten bewirkt werden, welches sich in Intensität und Zeitpunkt nicht an den subjektiven Bedürfnissen des Kindes orientiert, sondern an denen der Mutter. Die Mutter nimmt den kindlichen Körper auf diese Weise ganz oder teilweise gewaltsam in Besitz, das Kind erlebt die Empfindungen aus dem Körper als von außen gemacht und kann Teile des Körpers nicht in das Selbstbild integrieren, es kommt zu Strukturstörungen im sogenannten Körperselbst.

Die Folge hiervon kann die unbewußte Vorstellung einer «symbiotischen Zone im Körper», sein. In diesem «symbiotischen» Bereich des Körperselbst persistiert damit die unbewußte (psychotische) Phantasie einer körperlichen Entgrenzung. Bei Artefaktpatienten verbindet sich diese Vorstellung ganz überwiegend mit negativen Affekten von Haß, Angst und Schmerz.

Auch die Väter halten nicht die nötige Distanz, vielmehr häufen sich körperliche Gewalt und sexuelle Übergriffe. Die Vorstellung eines gewaltsam erzwungenen Grenzverlustes in der Beziehung zur Mutter überträgt sich auf die Vaterbeziehung. Dadurch verfestigt sich die Störung des Körpererlebens beim Kind. Es entsteht die Vorstellung einer symbiotisch-inzestuösen Zone im Körperselbst. Dies bedeutet, daß besonders das weibliche Genitale als schutzlose Öffnung nicht nur des Körpers, sondern der gesamten Person erlebt und gefürchtet wird. Gerade weil solche Vorstellungen unbewußt sind und unbewußt gehalten werden müssen, können sie nicht psychisch verarbeitet werden, sondern kommen statt dessen in der Krankheit, in der Selbstmanipulation, zum Ausdruck. Andere Phantasien umfassen die Vorstellung eines «guten» und eines «bösen» Bezirks im eigenen Körper. *Prädilektionsstellen* hierfür sind die *paarigen Organe*, besonders die Hände, Arme und Beine, aber auch die Ovarien oder die Augen als ebenfalls paarige Organe. Die

Patienten sind für Opferungsinszenierungen sehr anfällig, in denen das «böse Organ» aus dem Körper entfernt wird und nur das «Gute» verbleibt. Die «gute Hand» einer Patientin operierte beispielsweise nachts der «bösen Hand» einen Fingernagel ab, weil dieser schmerzte.

Auch Körperteile, die normalerweise in einer aktiv-passiv-Beziehung zueinander stehen (Hand-Mund, Hand-Wunde, Hand-Genitale, Mund-Finger usw.) können zur Repräsentanz einer *Spaltungsphantasie* werden. Es ist solchen Patienten nicht möglich, das objektiv Destruktive in der Tätigkeit des aktiven Organs zu sehen, die gute Hand katheterisiert beispielsweise die «böse Blase», die dann schmerzt, blutet und «sich» infiziert. Solche Phantasien können als Ausdruck einer Spaltungszone im Körperselbst interpretiert werden.

Besonders bei Patienten mit Artefakten im narzißtisch hoch besetzten Gesicht, aber auch an den Beinen (speziell im Bereich der Knie) fällt die Bedeutung der Zerstörungszonen als *Repräsentanz negativer Selbstanteile* auf. Während das Gesicht und sein Spiegelbild als Symbol der Gesamtperson eine geläufige Form der Selbstrepräsentanz sind, bleibt die narzißtische Symbolik der Beine oder der Knie schwerer verständlich. Mehrere Patientinnen mit hoher Besetzung von Kraft, Bewegung und Geschicklichkeit, die leidenschaftlich Leichtathletik, Kampfsportarten oder Turniertanz als Leistungssport betrieben hatten, entwickelten anlässlich harmloser Sportverletzungen, welche aber ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigten, Bein- und Knieartefakte von unglaublicher Destruktivität bis hin zur drohenden Beinamputation, die von den Patienten selbst gewünscht wurde. Das einmal durch Artefakte und Operationen verstümmelte, verunstaltete und behinderte Knie und Bein wurde zum Symbol alles narzißtisch negativ besetzten Häßlichen und Unvollkommenen.

Solche pathologischen Phantasiebildungen können als narzißtische Zonen im Körperselbst klassifiziert werden.

In Zuständen tiefer Regression tauchen bei sehr schwer gestörten Patienten zeitweise Phantasien auf, der eigene Körper oder seine Teile seien tot. Konkrete Prädilektionsstellen

hierfür sind kranke Körperteile, die tatsächlich totes, abgestorbenes Gewebe enthalten, so z. B. Eiter in Abszessen oder artifiziell eingebrachte Fremdkörper. Dies wäre Ausdruck toter Zonen im Körperselbst.

Die bislang beschriebenen pathologischen Phantasien sind unbewußt und üben einen starken *Wiederholungs- und Inszenierungsdruck* aus. Sie werden am eigenen Körper agiert, häufig unter Einbeziehung anderer Personen. Diese werden manipuliert, sich den dabei unbewußt bleibenden Phantasien gemäß zu verhalten und beispielsweise körperfusionäre Phantasien durch Operation oder Spaltungsphantasien durch Exstirpation eines Organs zu agieren. Das Handeln von Ärzten in solchen Fällen kann dann einer Gegenübertragungsidentifizierung entsprechen.

Die dargestellten Strukturstörungen im Körperselbst persistieren sowohl durch fortgesetzte Manipulation des Körpers (Artefakte, ärztliche Eingriffe) als auch durch eine innerpsychische «mißbräuchliche» Verwendung des Körpers zu Abwehrzwecken. Angsterregende Erlebniswirklichkeiten werden von Artefaktpatienten habituell durch Projektion und Abspaltung in den Körper abgewehrt und dadurch in pathologische Organwelten verwandelt.

Die am eigenen Körper vorgenommene Manipulation ist Ergebnis einer formalen, qualitativen *Regression des Bewußtseins*. Bestimmte Auslösesituationen (sexuelle Erlebnisse, ärztliche Maßnahmen am Körper, Objektverluste) aktivieren pathologische Zonen im Körperselbst und die darin fixierten Phantasien. In einer Art *Prodromalphase* (PLASSMANN, 1993) können diese bislang unbewußten Inhalte noch abgewehrt, d. h. in Distanz gehalten werden, allerdings unter starker Angstentwicklung und oft verbunden mit einem immer stärker werdenden Derealisierungserleben. Der Übergang in die *Manipulationsphase* bringt psychisch zunächst Entlastung. Der Widerstand gegen die pathologischen unbewußten Phantasien wird aufgegeben, die Patienten tauchen ein in ihre pathologische Organwelt, sie aktivieren ihre psychotischen (toten, fusionären oder gespaltenen) Zonen im Körperselbst.

Mit der Fixierung des abgespaltenen, psychotisch strukturierten Bezirks im Körper selbst ist die Disposition für artifizielle Krankheiten geschaffen. Diese stellen eine Regression in pathologische Zonen im Körper selbst dar. Die regressive Bewegung wird durch Umstände begünstigt, wie sie in der Adoleszenz und später in der Arzt-Patient-Beziehung besonders häufig vorkommen.

## 5.6 Therapie

Die nähere Betrachtung der zahlenmäßig sehr umfangreichen Literatur zeigt, daß nur relativ wenig Behandlungen über ein Anfangsstadium von einzelnen Gesprächen hinausgegangen sind.

Sofern die krankhafte Bedingtheit von Autodestruktivität anerkannt wurde, ist eine größere Anzahl von Vorschlägen zur psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung gemacht worden. Meist wird angeregt, die Patienten in eine psychiatrische Klinik einzuweisen. Viele der Patienten lehnen dies jedoch ab, so daß die Eingliederung in das normale psychiatrische Versorgungssystem häufig skeptisch beurteilt wurde. Das Methodenspektrum der dennoch zustande gekommenen Behandlungen ist relativ gering. Es wurde in Einzelfällen mit hypnotischer Trance gearbeitet, auch aus diagnostischen Gründen, um die Verleugnungsbarriere der Patienten auf diese Weise zu unterlaufen. Es hat sich dabei um Einzelsitzungen gehandelt, nicht um längerfristige Behandlungen. Ferner wurde sozialpsychiatrische Familienhilfe eingesetzt und zwar besonders in Fällen von Münchhausen-by-proxy-Syndrom, da dort die Pathologie der Familien massiv auffällt. Gruppenpsychotherapeutische Ansätze wurden lediglich von BRODY (1959) in Fällen von Operationssucht publiziert.

Meist genutzte therapeutische Verfahren sind verschiedene *Formen analytisch orientierter Therapie* in Gestalt von supportiver Psychotherapie, analytischer Psychotherapie und in Einzelfällen auch als Psychoanalyse. Analysen wurden mit operationssüchtigen Patienten durchgeführt (MENNINGER, 1934), mit Selbstbeschädigern (SACHSSE, 1987) und in einigen Fällen von psychogenem Schmerz (HIRSCH, 1985), die der Operationssucht verwandt sind. Narzißtische Persönlichkeitsstörungen mit pathologischem Hochstapeln und Pseudologia phantastica weisen eine gewisse Verwandtschaft zum Münchhausen-Syndrom

und auch zu den artifiziellen Krankheiten auf, einzelne Analysen sind publiziert worden, z. B. von GREENACRE (1958).

Für die Therapie autodestruktiv agierender Patienten werden bislang als Behandlungsrahmen sowohl stationäre Aufnahme als auch ambulante Behandlung empfohlen. Sofern nicht nur Empfehlungen, sondern auch Erfahrungen vorliegen, betraf stationäre Behandlung ausschließlich Aufnahme in Nervenkliniken, da psychotherapeutische Institutionen als Versorgungsnetz in den meisten Staaten nicht existieren (SCHEPANK, 1988).

### 5.6.1 Das Konfrontationsproblem

Das Konfrontationsproblem betrifft hauptsächlich den Umgang mit Artefaktpatienten, die ihre Selbstmanipulation verleugnen und ist in der Literatur verschiedentlich diskutiert worden. Aus psychotherapeutischer Sicht erscheint die *Verleugnung* (vgl. Kap. III.F und IV.I) als ein innerpsychisch erforderlicher Abwehrvorgang, und es hat sich allgemein die Auffassung durchgesetzt, daß diese Verleugnungshaltung für die Selbstbeschädigung nicht in einem Gewaltakt durch harte Konfrontation durchbrochen werden kann. Eine aggressive Konfrontationstechnik wird von Seiten solcher Autoren empfohlen, welche die Selbstmißhandlung nicht als Krankheit, sondern als eine Form von Delinquenz interpretieren. Von dieser Voraussetzung ausgehend wird vom Patienten, bevor ihm Hilfe angeboten wird, ein Geständnis verlangt. Dieses Vorgehen führt meist zum Behandlungsabbruch.

Vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses ist Konfrontation der Versuch, den Patienten mit seinen abgespaltenen, verleugneten, negativ besetzten Persönlichkeitsanteilen auf eine solche Weise in Berührung zu bringen, daß kein Beziehungsabbruch erfolgen muß und die Bildung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses erleichtert wird.

Im Falle der Münchhausen-Patienten scheint eine Konfrontation mit deren Agieren gänzlich unmöglich. Die Patienten brechen sofort die Beziehung ab mit der Folge einer fortgesetzten Münchhausen-Karriere in wei-

teren Kliniken. Möglich ist allenfalls eine Verständigung mit den Patienten darüber, daß emotionale Probleme vorliegen, die eine psychiatrische Behandlung empfehlenswert machen. Aus solchen Erfahrungen heraus wurde zunehmend versucht, Konfrontationstechniken zu entwickeln, die vom Patienten toleriert werden. Daß überhaupt eine Konfrontation erforderlich sei, wird meist damit begründet, daß den Patienten mit dem Hinweis auf ihre Selbstbeschädigung der Vorschlag einer psychiatrischen Behandlung plausibel gemacht werden müsse, auch in der Hoffnung, daß damit die medizinische Krankenhauskarriere beendet werden könne. Eine Konfrontation mit solchem Ziel wurde versucht als Gespräch des Patienten mit dem behandelnden Gesamtteam, bestehend aus Chefarzt, Psychiater, Sozialarbeiter und Stationsschwester. Die regelmäßig bei der Konfrontation aufkommende, erhebliche Beunruhigung und Aggressivität des Patienten soll in einem längeren Gespräch abgebaut werden, in welchem der Patient an die Behandlung bei einem Psychiater herangeführt wird. Sofern die Konfrontation durch den Organmediziner und nicht durch den Psychiater durchgeführt wird, haben REICH und GOTTFRIED (1983) empfohlen, auf eine *betont unaggressive und annehmende Art* mit den Patienten zu sprechen, indem die Selbstmanipulation benannt und dabei der Krankheitscharakter dieses Verhaltens akzeptiert wird. Auf diese Weise wird der Patient nicht mit Beziehungsabbruch bedroht; er bleibt in Behandlung mit dem Ziel, ihn in Psychotherapie zu vermitteln. Bei diesem Vorgehen leugnen zwar etwa zwei Drittel der Patienten die Selbstmanipulation, sie müssen jedoch aufgrund der unaggressiven Konfrontationsweise die Beziehung nicht abbrechen, psychische Krisen sind ebenfalls nicht beobachtet worden (REICH u. GOTTFRIED, 1983). Dies deckt sich mit den Erfahrungen der Hannoverischen Arbeitsgruppe (NORDMEYER et al., 1983, 1984).

Diese Autoren schlagen vor, die Konfrontation flexibel an den einzelnen Patienten anzupassen. Je bewußtseinsnäher dem Patienten die Tatsache seiner Manipulation sei, desto offener könne auch von Seiten des Arztes damit

umgegangen werden. Allerdings verbleibt nach Erfahrung der Autoren ein Teil von etwa 5 Prozent der Patienten, die keinerlei Konfrontation zugänglich sind. Mit einem solchen flexiblen und unaggressiven Vorgehen scheinen etwa ein Drittel der Patienten zu einer Psychotherapie motivierbar zu sein.

#### 5.6.2 Arbeitsbündnis, Motivation und Behandlungstechnik

Der allergrößte Teil der versuchten Psychotherapien kommt über ein anfängliches Stadium mit einigen psychiatrischen Interviews nicht hinaus. Über den Verlauf solcher anbehandelter Fälle ist nichts bekannt, da Katanesestudien bislang fehlen. Hier ist kein Arbeitsbündnis für eine längerfristige Therapie zustande gekommen, sei es, weil dies von Seiten der Behandler nicht intendiert war, sei es, weil die Patienten das therapeutische Angebot nicht wahrgenommen haben. Die Patienten stehen einer therapeutischen Annäherung extrem zwiespältig gegenüber. In der therapeutischen Beziehung bildet sich deshalb ebenso wie in der somatischen Behandlung eine extreme Ambivalenz ab, die der Elternbeziehung entstammt. Die Patienten suchen die positive Elterngestalt und brechen die Beziehung sofort ab, sofern negative Übertragungselemente aufkommen, oder sie reagieren auf negativ erlebte Erfahrungen mit erneuter und verstärkter Symptomproduktion. Die *Gefahr des Therapieabbruchs* ist besonders zu Beginn groß. Erst in einem längeren therapeutischen Prozeß kann sich eine ausreichend stabile Arbeitsbeziehung bilden, die dann auch ein Durcharbeiten negativer Erfahrungen ohne Behandlungsabbruch ermöglicht. Häufig angewandtes Mittel zur Bildung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ist die *initiale stationäre Behandlung*, deren Dauer allerdings sehr unterschiedlich gehandhabt wird, zwischen einigen Wochen und zwei Jahren. Diese anfängliche stationäre Behandlungsphase kann den Patienten erste Erfahrungen mit einer psychotherapeutischen, d. h. sprechenden und reflektierenden Beziehung ermöglichen. Dabei findet eine interpersonale Annäherung zwischen Therapeut und Patient statt und auch

eine innerpsychische Annäherung an die unbewältigten, unbewußten Inhalte. Auf diesen langsamen Annäherungsprozeß kann sich auch die therapeutische Technik einstellen mit einem zunächst unverbindlichen Psychotherapieangebot, welches erst im Verlauf einiger Monate in eine stabilere Arbeitsbeziehung übergeht. Diese bereits recht differenzierten behandlungstechnischen Erfahrungen entstammen der Therapie von Selbstbeschädigungspatienten, während mit Artefaktpatienten diesbezügliche Vorerfahrungen bislang noch nicht bestanden.

## 6. Schluß

Medizinische Behandlung der Patienten, so sorgfältig und aufwendig sie auch betrieben wird, führt erfahrungsgemäß nicht zur Besserung, sondern zur Chronifizierung. Therapeutisches Ziel ist deshalb die *Motivation* der Patienten für Psychotherapie. Im Falle der Münchhausen-Syndrome liegen kaum Behandlungserfahrungen oder Behandlungserfolge vor, da die Patienten fast niemals für Psychotherapie motivierbar sind. Sie brechen die therapeutischen Beziehungen eher ab, verschleiern ihre Spuren und führen ihr unverändertes Verhalten andernorts fort. Sowohl mit Selbstbeschädigungs- als auch mit Artefaktpatienten sind aber in den letzten Jahren teils Einzelfall Erfahrungen, teils systematische Studien versucht und durchgeführt worden. Patienten mit offener Selbstbeschädigung sind meist primär in psychiatrischer Behandlung, und es können psychoanalytische Langzeitbehandlungen stationär und ambulant eingeleitet werden, die trotz hoher Behandlungsschwierigkeit und langer Behandlungsdauer erfolgreich verlaufen können.

Bei Artefaktpatienten muß zunächst eine längere Phase der Motivation erfolgen, da die Patienten sich selbst nicht als psychisch behandlungsbedürftig betrachten. Es hat sich bewährt, die Patienten klar mit der psychischen Bedingtheit ihrer körperlichen Störungen zu konfrontieren und ihnen eindeutig psychotherapeutische Hilfe zu empfehlen. Die

Tatsache der Selbstmanipulation ist für die meisten Patienten allerdings nicht bewußtseinsfähig, so daß ihnen ein Geständnis oder auch nur eine Zustimmung aus psychischen Gründen nicht möglich ist. Eine harte, evtl. aggressiv durchgeführte Konfrontation bringt deshalb keinen therapeutischen Gewinn.

Für Psychotherapie motivierbar sind vor allem solche Patienten, die selbst begonnen haben, um ihre Gesundheit oder sogar um ihr Leben zu fürchten, und deshalb auf der Suche nach Hilfe und Veränderung sind. Behandlungserfolge haben sich mit stationär-ambulanter Langzeitpsychotherapie erreichen lassen. Nach initialer klinischer Psychotherapie bleiben die Patienten in mehrjähriger ambulanter Weiterbehandlung unter Einsatz therapeutischer Methoden der psychoanalytischen Borderline-Behandlung mit einigen behandlungstechnischen Parametern. Wichtig sind Vermeidung aller (ärztlicher) Manipulationen am Körper des Patienten, Objektkonstanz durch niederfrequente Langzeittherapie, systematische Förderung der reflektierenden Ich-Funktion und Förderung triangulärer Beziehungsstrukturen durch therapeutische Mehrpersonensysteme und durch Supervision.

Es verbleibt trotz sorgfältigen Vorgehens in der Konfrontation und Motivation ein nicht unerheblicher Teil der Patienten, der für Psychotherapie nicht motivierbar ist. Sie zwingen die Organmediziner durch fortgesetzte Manipulationen zum Tätigwerden und erzeugen in den zuständigen Abteilungen nicht selten unerträgliche Spannungszustände. Einige Patienten aus dieser Gruppe führen mittels ihrer Körpermanipulation letztlich ihre eigene Vernichtung herbei in einem für sie selbst und ihre Behandler qualvollen Geschehen. Sie müssen als chronisch suizidal eingestuft werden. In solchen Fällen sind Konzepte der Liaison-Betreuung notwendig mit Einsatz *supportiv-psychotherapeutischer Verfahren* und mit Versuchen antidepressiver medikamentöser Behandlung. Auch diese supportive Betreuung vor Ort bedarf langfristiger Konzepte über Monate und Jahre, so daß sich konstante therapeutische Beziehungen bilden und das Labilisieren der Patienten durch fortwährendes Weitervermitteln beendet werden kann.

## Literatur

- ASHER R: Munchausen's syndrome. *Lancet* 1, 339–341, 1951
- BOCK KD, OVERKAMP F: Vorgetäuschte Krankheit. *Klin Wschr* 64, 149–164, 1986
- BRODY S: Value of group psychotherapy in patients with polysurgery addiction. *Psychiat Quart* 33, 260–283, 1959
- DSM-III: Dt. Bearbeitung und Einführung von K. KOEHLER u. H. SASS. Beltz, Weinheim/Basel 1984
- ECKHARDT A: Das Münchhausen-Syndrom – Die chronische Artefaktkrankheit. Inaugural Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades, Marburg 1987
- FORD C: The somatizing disorders. Kap. 8–10, Elsevier, Amsterdam 1982
- GREENACRE P: The Impostor. *Psychoanal Quart*, 27, 359–380, 1958
- HIRSCH M: Psychogener Schmerz als Übergangsphänomen. *Prax Psychother Psychosom* 30, 261–261, 1985
- KEMPE CH, SILVERMANN FN, STEELE BF, DROEGE-MUELLER W, SILVER HK: The battered-child syndrome. *J Am Med Assoc* 181, 105–112, 1962
- MAYR J: Handbuch der Artefakte. Fischer, Jena 1937
- MEADOW R: Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 2, 343–346, 1977
- MEADOW R: Factitious epilepsy. *Lancet* 2, 25–28, 1984
- MENNINGER KA: Polysurgery and polysurgical addiction. *Psychoanal Quart* 3, 173–199, 1934
- NADELSON T: False patients/real patients: A spectrum of disease presentation. *Psychother Psychosom* 44, 175–184, 1985
- NORDMEYER J, AVENARIUS HJ, ZICK R, MIELKE H, ANAGNOU J, MITZKAT H: Psychosomatik der artifiziell erzeugten Erkrankung (factitious disease). *Therapiewoche* 33, 4725–4730, 1983
- NORDMEYER J, ZICK R: 'Factitious disease': Psychodynamik und Patientenumgang. *Med Klin* 79(19), 501–503, 1984
- PAAR GH: Selbsterstörung als Selbsterhaltung. *Mat Psychoanal Analyt Orient Psychother* 1, 1–55, 1987
- PLASSMANN R: Die heimliche Selbstmißhandlung. *Z Psychosom Med Psychoanal* 4, 316–336, 1986
- PLASSMANN R: Der Arzt, der Artefaktpatient und der Körper. *Psyche* 10, 883–899, 1987
- PLASSMANN R: Psychoanalyse artifizierter Krankheiten. Shaker-Verlag, Aachen 1993
- REICH P, GOTTFRIED LA: Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med* 99, 240–247, 1983
- SACHSSE U: Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigung der Haut. *Forum Psychoanal* 3, 51–70, 1987
- SACHSSE U: Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1994
- SCHEPANK H: Die stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. In SCHEPANK H, TRESS W (Hrsg.) *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*, S. 13, Springer, Berlin 1988

# M. HIV-Infektion und AIDS

BERND FITTSCHEN

## 1. Psychosoziales Umfeld von HIV-Patienten

Erste systematisch erfaßte Fälle von Pneumocystis-carinii-Infektionen und Kaposi-Sarkomen bei männlichen Homosexuellen wurden 1981 vom Center of Disease Control (CDC) noch unter der Bezeichnung «Gay Related Immune Deficiency» (GRID) veröffentlicht. Obwohl bereits im Jahre 1983 durch die Entdeckung des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) die virale Genese der nunmehr Aquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS) genannten Erkrankung gesichert wurde, prägt die auf diese Weise hergestellte Assoziation des Syndroms mit einem sexuellen Lebensstil Einstellungen und Reaktionen auf Infizierte in weiten Bevölkerungskreisen der westlichen Länder bis heute. Die hohe Mortalitätsrate der Infektion, das bisherige Ausmaß der Epidemie, der Übertragungsmodus des Virus und die Tatsache, daß praktisch keine medizinischen Mittel zur Prophylaxe und Therapie der Virusinfektion verfügbar waren, daß deren Entwicklung vielmehr auch auf längere Sicht vor gravierenden Schwierigkeiten steht, sichert der Erkrankung in allen betroffenen Ländern außerordentliche öffentliche Aufmerksamkeit und führt zu gesundheitspolitischen und soziokulturellen Kontroversen. Vom Anbeginn der Epidemie bis heute waren HIV-Infektionen und AIDS nicht nur ein somatisch-medizinisches, sondern auch ein gesellschaftliches Problem. Die Berücksichtigung dieser Tatsache führte zu neuen Formen interdisziplinärer Zusammenarbeit von Medizinern und Sozialwissenschaftlern, die über die Entwicklung von Präventions- und Behandlungsansätzen bis in die Gestaltung medizinischer Kongresse hineinwirken.

Das HIV ist durch Inokulation von infiziertem Blut oder Körpersekreten übertragbar. Neben medizini-

schen Eingriffen standen Sexualität – vor allem in Form gesellschaftlich verpöner Praktiken – und intravenöser Drogenkonsum daher schon früh nicht nur im Mittelpunkt ernsthafter Präventionsdiskussionen, sondern auch individueller, zum Teil irrationaler Angstreaktionen. Der Verlauf der Erkrankung erwies sich als lang und anfänglich klinisch weitgehend stumm («schleichend»). Diese Kombination einer als heimtückisch und tödlich erlebten Erkrankung, die gerade in Kontakten erworben werden kann, die durch Kontrollverlust, Nähe und Vertrauen gekennzeichnet sind, ist offenbar geeignet, intensive Ängste zu mobilisieren. Die Möglichkeit einer Übertragung von HIV durch den Kontakt mit infiziertem Blut bei Arbeitsverletzungen kann das Verhältnis zwischen medizinischem Personal und infizierten Patienten daher ernsthaft belasten. Auch in Bereichen des täglichen Lebens ist die HIV-Infektion deshalb ein Problem der Beziehungen des Infizierten.

Medizinische Prophylaxe wie auch Therapie der Infektion mit HIV-1 und -2 stehen heute weiterhin vor ungelösten Problemen, während Prophylaxe und Therapie der häufigeren opportunistischen Infektionen verbessert werden konnten. Hinsichtlich dieser Aspekte der HIV-Erkrankung muß an dieser Stelle aus Raumgründen auf entsprechende Fachliteratur verwiesen werden (z. B. JÄGER 1988).

Die HIV-Infektion bleibt aus den oben geschilderten Gründen ein psychosoziales Problem mit häufig unmittelbaren ungünstigen Folgen für den einzelnen Betroffenen. Dies macht sie zu einer Erkrankung, die in psychosozialer Hinsicht auch in der Behandlung nur bedingt mit anderen lebensbedrohlichen Krankheiten vergleichbar ist:

- Ihre Lebensbedrohlichkeit macht die Diagnose der HIV-Seropositivität – ähnlich wie eine Krebsdiagnose – zu einer unmittelbar empfundenen existentiellen Bedrohung für den Betroffenen. Neuere Ergebnisse zu «Langzeitüberlebenden» der HIV-Infektion sind allenfalls geeignet, diesen Aspekt etwas zu relativieren. Bisher fehlen gesicherte Hinweise auf Verhaltensvariablen, die mit einem günstigen Verlauf der Infektion in Verbindung zu bringen wären. Wie bei anderen Erkrankungen mit ernster Prognose teilen Behandler und Patient ein hohes Maß an Unsicherheit und Machtlosigkeit dem Erkrankungsverlauf gegenüber. Die Notwendigkeit zur Aufrechterhaltung von Hoffnung in dieser Situation begünstigt die Idealisierung von Behandlern und Behandlungsansätzen, aber auch entsprechende Enttäuschungsreaktionen bei einem Progreß.
- Durch die Übertragbarkeit der HIV-Infektion bei sexuellen Begegnungen und durch die Inokulation von Blut müssen der Betroffene und die ihm nahestehenden Menschen Ängste vor Nähe und Intimität bewältigen, die immer wieder mobilisiert werden können. Schwerwiegende Probleme in der Partnerschaft sind bei erwachsenen Infizierten häufig und können zum Partnerverlust führen. Infizierte müssen mit irrationalen Ängsten und diskriminierenden Reaktionen ihres weiteren Umfeldes bis hin zum Arbeitsplatzverlust rechnen.
- Homosexuelle Männer, die mit etwa 70 Prozent der AIDS-Kranken die größte Betroffenenengruppe darstellen, und Konsumenten intravenöser Drogen, die mit einem Anteil von 15 Prozent der AIDS-Kranken zur zweitgrößten Gruppe der Betroffenen gehören, sind aus unterschiedlichen Gründen und in unterschiedlicher Intensität gesellschaftlicher Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt und verfügen seltener über traditionelle soziale Netzwerke wie tragfähige Familienbeziehungen als Patienten mit vergleichbar ernsten Erkrankungen.
- Bei einem Altersgipfel der Erkrankung zwischen 30 und 40 Jahren sind HIV-Infizierte in der Regel in einem Alter, das die emotio-

nale Identifikation zwischen Behandler und Patient begünstigt. Neben der Fülle der psychischen und sozialen Probleme, die in der Behandlung zu berücksichtigen sind, kann diese Konstellation die emotionale Belastung von Behandlern und Betreuern noch verschärfen.

Neben dem Moment existentieller «innerer» – physischer – Bedrohung bestimmt damit für den Infizierten ein starkes Moment «äußerer» – psychosozialer – Bedrohung den subjektiven Bedeutungsgehalt der Infektion mit, nämlich durch Bloßstellung, Stigmatisierung, Abwertung, Diskriminierung und soziale Isolation. Auch Angehörige anderer Betroffenenengruppen als der bisher erwähnten können sich den unmittelbaren psychosozialen Auswirkungen der Infektion in der Regel kaum entziehen. CLEMENT (1992) hat diese psychosozialen Folgen als Bedrohung durch den «psychosozialen» und den «psychosexuellen Tod» zusammengefaßt und damit besonders auf die Bedrohung durch den Verlust von dringend benötigter körperlicher Zuwendung, Nähe und Intimität hingewiesen.

Die angemessene Berücksichtigung der vielfältigen psychischen und sozialen Probleme durch den Arzt erscheint bei Diagnostik und Behandlung der HIV-Infektion deshalb unabdingbar. Sie setzt die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizinern und Angehörigen psychosozialer Berufe voraus.

Wissenschaftliche Ergebnisse zur psychologischen Krankheitsverarbeitung und zur Ausprägung psychischer Störungen sind wegen der starken Unterschiede der psychosozialen Lage der Betroffenenengruppen nur schwer zu verallgemeinern. Sie liegen hauptsächlich aus Studien an der Hauptbetroffenengruppe der homosexuellen Männer vor. Das Ausmaß gesellschaftlicher Diskriminierung und Ausgrenzung sowie die Unterstützung durch Selbsthilfeeinrichtungen und professionelle Helfer sind z. B. sowohl für diese Betroffenenengruppen als auch für HIV-infizierte Drogenabhängige national und regional unterschiedlich ausgeprägt. Erfahrungsgemäß begrenzen diese Charakteristika des psychosozialen Umfeldes von Infizierten – etwa in ländlichen Gebieten Deutschlands – die Möglichkeiten einer



günstigen psychischen Krankheitsverarbeitung stark.

## 2. Psychologische Krankheitsverarbeitung bei HIV-Infektionen

Den psychologischen Belastungsmomenten durch die innere und äußere Bedrohung entspricht, daß Patienten im Zusammenhang mit der Diagnose und dem Auftreten von Erkrankungen, die mit dem Fortschreiten der Immundefizienz verbunden sind, häufig Gefühle der Verzweiflung, Angst, Trauer, Schuld und Depression berichten.

In ersten Vergleichen zwischen Krebspatienten und Patienten mit AIDS wurden Ähnlichkeiten in klinisch relevanten Merkmalen wie Ängsten, Depressionen und krankheitsbezogenen Besorgnissen festgestellt (vgl. CHUANG, 1989). Differenzen in der psychologischen Krankheitsbewältigung zu Patienten mit anderen Erkrankungen, wie sie KLAUER et al. (1989) im Vergleich von Rheumapatienten, Krebspatienten und HIV-Positiven fanden, machen auf wichtige psychosoziale Unterschiede aufmerksam. Die Autoren erhoben bei HIV-Infizierten die schlechteste subjektive Einschätzung der eigenen Krankheitsbewältigung und den höchsten Anpassungsaufwand. Das im Mittel wesentlich niedrigere Lebens- und Diagnosealter der HIV-Infizierten mag hierbei eine Rolle gespielt haben. In einem jüngeren Lebensalter wird die Verarbeitung einer Erkrankung mit lebensbedrohlicher Prognose für den Betroffenen besonders belastend. HIV-Positive scheinen häufiger dazu zu tendieren, ihre Situation durch Suche nach Information und Erfahrungsaustausch zu bewältigen (KLAUER et al., 1989). Das Versorgungssystem für Kranke in Deutschland ist weitgehend von der Notwendigkeit der Sicherung im Alter bestimmt, und daher sind soziale Notlagen bei HIV-Infizierten häufiger als bei vergleichbaren Erkrankungen (HEIDE, 1992).

Ebenso wichtig wie Unterschiede zu vergleichbar körperlich beeinträchtigenden und prognostisch ernsten Erkrankungen sind in

diesem Zusammenhang psychisch und sozial relevante Verlaufsscharakteristika der HIV-Infektion selbst. Untersuchungen hierzu waren in der Vergangenheit durch die Schwächen älterer Stadieneinteilungen belastet. Durch die Einführung der neuen CDC/WHO-Klassifikation mit drei klinischen Kategorien (A, B und C) und jeweils drei Laborunterkategorien (1, 2 und 3) ist seit 1993 ein klinisch und prognostisch sinnvolles Klassifikationssystem im Gebrauch, das eine Zusammenfassung zu drei Stadien (I, II und III) erlaubt und bisherige Klassifikationen ersetzt (vgl. BRODT et al., 1993): «Stadium der Beobachtung» (Stadium I), «Stadium der Prophylaxe» (II), in das in der Regel auch der Beginn antiretroviraler Therapie fällt, und «Stadium der Therapie» (III: AIDS).

Im Stadium II befinden sich nach dieser Definition alle Patienten mit leichteren opportunistischen Erkrankungen sowie mittleren (200–499 CD4-positive Zellen/ml) oder niedrigen (<200 CD4-positive Zellen/ml) Konzentrationen sogenannter «Helferzellen» im Blut, aber auch symptomlose Patienten mit niedrigen Helferzellzahlen. Hierdurch werden unter anderem die wachsenden medizinischen Bemühungen dokumentiert, Anzeichen einer beginnenden Immundefizienz frühzeitig zu erkennen und ambulant durch medikamentöse Prophylaxe und Therapie das Auftreten einer schweren Immundefizienz und sogenannter AIDS-definierender opportunistischer Erkrankungen hinauszuzögern.

Das meist durch schwere Erkrankungen und stationäre Therapien charakterisierte Krankheitsstadium AIDS (Stadium III) entwickelt sich daher heute auch seltener aus einer symptomlosen Phase heraus. Ihm gehen häufig eine allmähliche Zunahme ambulanter medizinischer Interventionen und leichtere HIV-assoziierte Erkrankungen voraus. Diese Phase der Erkrankung ist daher auch durch zunehmende Ängste, Depressionen, die Notwendigkeit zur Verarbeitung von Autonomieverlusten sowie entsprechende soziale Anpassungsleistungen (unter anderem Entscheidungen über weitere Arbeitsfähigkeit oder Berentung) gekennzeichnet. Derartige psychische und soziale Krisen im AIDS-Vorfeld treten heute gegenüber «AIDS-Diagnosekrisen» (PERREZ, 1992) in den Vordergrund.

Die Aufgabe des diagnostizierenden Arztes liegt im Stadium I in der einfühlsamen Beratung vor und nach der Testung, in der Aufrechterhaltung des Kontaktes und gegebenenfalls im Heranführen des Patienten an entsprechende Hilfsangebote.

Psychische Krisen im AIDS-Vorfeld (Stadium II) erfordern die Bereitstellung psychosozialer Hilfsangebote in enger Zusammenarbeit mit und günstigenfalls auch in räumlicher Nähe zu ambulanten und stationären Behandlungszentren für HIV-Patienten.

## 2.1 Testkrise, Diagnoseschock

Die meisten Betroffenen reagieren auf die diagnostizierte HIV-Infektion mit schockartigem Erleben. Klinische Anpassungsstörungen sind dagegen mit 48 Prozent seltener (vgl. PERREZ, 1992). Nach TROSS und HIRSCH (1988) ist insbesondere im Zeitraum von sechs Wochen nach Diagnosestellung mit starken akuten Belastungsreaktionen zu rechnen. Bei unbetreut gebliebenen Patienten können auch noch nach einem Jahr Auswirkungen des Diagnoseschocks festgestellt werden. Psychotische Episoden sind selten. Hinsichtlich der Suizidalität weisen RUNDELL et al. (1988) auf einen Zusammenhang mit psychiatrischer Vorgeschichte hin. Drogenabhängige scheinen weniger stark auf die Diagnose zu reagieren (SEIDL u. GOEBEL, 1987).

Die Diagnosemitteilung muß auch ein entsprechendes Beratungsgespräch einschließen. In Deutschland gewährleistet das Angebot anonymer und kostenloser HIV-Testungen durch die AIDS-Beratungsstellen der Gesundheitsbehörden der Länder den Betroffenen mit interdisziplinären Teams aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern die notwendigen fachübergreifenden Hilfestellungen und Schutz vor realen Schädigungen durch diskriminierende Reaktionen ihrer Umwelt.

## 2.2 Leben mit der Diagnose «HIV-positiv»

Bis zu 50 Prozent der erwachsenen Infizierten entwickeln Schätzungen zufolge im Zeitraum von acht bis zehn Jahren nach der Serokonversion AIDS. Dies heißt auch, daß etwa die Hälfte der Infizierten, in der Regel im sexuell und sozial aktiven Alter, über diesen Zeitraum ohne schwere körperliche Symptomatik, aber mit der HIV-Infektion lebt. Die neueren Ergebnisse aus gut beforschten Kohorten legen

für einen nennenswerten Prozentsatz der Infizierten sogar einen weit längerfristigen Verlauf nahe. Obwohl eine pathophysiologische Aktivität der Virusinfektion vom Zeitpunkt der Infektion an inzwischen angenommen werden muß (PANTALEO et al., 1993), sind die Betroffenen klinisch weitgehend gesund.

Von Bedeutung ist, ob der Infizierte sich im globalen Sinne selbst als «krank» oder als «gesund» betrachtet oder von anderen so behandelt wird. Zu engmaschige medizinische Kontrollen des Erkrankungsverlaufs können daher psychologisch ungünstige Auswirkungen haben. Für drogenabhängige Infizierte muß zunächst eine Entscheidung über Abstinenz oder eine Substitutionsbehandlung getroffen werden.

CLEMENT (1992) weist auf den Zusammenhang früherer Lebenskonflikte und derjenigen der aktuellen Lebenssituation hin. Homosexualität, die nicht «ich-synton» erlebt wurde, scheint in engem Zusammenhang mit einer selbstbezichtigenden Einordnung der HIV-Infektion in ein negatives Selbstbild und der Entwicklung depressiver Gefühle zu stehen. Die Vermeidung der Auseinandersetzung mit der Infektion schützte nicht vor Gefühlen depressiver Verstimmung. Es zeigte sich eine gewisse Korrelation zwischen einer depressiven Reaktion auf die Infektion und ungeschütztem Oral- bzw. Analverkehr.

Fälle, in denen Homosexualität bei öffentlich gelebter heterosexueller Identität der Ehefrau gegenüber bis in den Tod verheimlicht wird, stellen das Extrem auf einem Kontinuum konflikthaft erlebter und gelebter Homosexualität dar. Die Partnerkonflikte, vor allem bei einer Ansteckung der Ehefrau, sind oft bis in das Terminalstadium der Erkrankung nicht lösbar.

Das Wiederauftreten sexuellen Verlangens ist oft das erste Anzeichen einer Überwindung der depressiven Anhedonie nach der psychischen Testkrise. Versagen von Kondomen und «unsafe sex» führen zu Angst- und Schuldgefühlen. Die Lösung von mit solchen Ereignissen verbundenen Schuldkonflikten scheint Voraussetzung für ein real risikoärmeres Verhalten zu sein (vgl. BECKER u. CLEMENT, 1989).

### 2.3 Psychische Krisen im AIDS-Vorfeld

Der Entwicklung des AIDS-Vollbildes geht häufig eine Phase allmählich zunehmender körperlicher Funktionseinschränkungen und auch sozial einschränkender Symptome voraus, was erneut zu Depression und Angst führt. Auch bei Symptommfreiheit kann der Beginn antiretroviraler Medikation oder prophylaktischer Medikationen gegen opportunistische Infektionen diese Phase der psychischen Verarbeitung der Infektion einleiten.

Das Problem der Unterscheidung zwischen «krank» und «gesund» gewinnt hier an Schärfe, weil es schwieriger wird, körperliche Symptome – wie häufigere Erkrankungen oder Gewichtsverluste – zu verbergen. Entscheidungen über längerfristige Arbeitsunfähigkeit oder Berentung erfordern neben einer prognostischen Beurteilung auch die Berücksichtigung der psychischen und sozialen Lage des Patienten. Verleugnung der Ängste und Vermeidung medizinischer Diagnostik können die notwendige Prophylaxe, die Wahrnehmung von Frühsymptomen und die allgemein günstige Frühbehandlung opportunistischer Erkrankungen behindern. Zu diesem Zeitpunkt wird die Differentialdiagnose zwischen einer depressiven Verstimmung und einer beginnenden HIV-Enzephalopathie schwierig, aber wichtig. Selbstwert- und Schuldkonflikte sprechen eher für depressive Verstimmungen. Versagens-, Überforderungs- und Minderwertigkeitsgefühle wie auch sozialer Rückzug können jedoch auch Folge einer beginnenden psychomotorischen Verlangsamung durch Enzephalopathie sein, die in selteneren Fällen erste AIDS-definierende Symptomatik sein kann.

### 2.4 AIDS

Das Auftreten eindeutiger Krankheitszeichen kann ein paradoxerweise erleichterndes Ereignis darstellen, weil nun die Krankenrolle angenommen werden kann.

Die häufigsten AIDS-definierenden Symptome machen eine stationäre Behandlung mit intensiver medikamentöser Behandlung notwendig, sind aber in der Regel gut therapierbar. Andere Erkrankungen

stellen zunächst eher ein soziales Problem dar. Das Kaposi-Sarkom etwa, das in mehr als 90 Prozent der Fälle bei homosexuellen Männern auftritt, kann über einen längeren Zeitraum eher kosmetische und damit auch soziale Belastung sein, vor allem dann, wenn sichtbare Hautpartien betroffen sind. Durch Verlegung von Lymphbahnen und die Bildung ausgeprägter Lymphödeme kommt es jedoch im weiteren Verlauf häufiger zu schweren körperlichen Behinderungen.

NAMIR et al. (1987) fanden in einer Stichprobe von 50 homosexuellen Männern mit AIDS in ambulanter Behandlung, von denen etwa 3/4 Kaposi-Sarkom-Patienten waren, günstige Effekte aktiver positiver Verhaltensänderungen als Bewältigungsstrategie auf Gestimmtheit, Selbstwertempfinden und Aspekte sozialer Unterstützung.

Die AIDS-Erkrankung hat einen unterschiedlich rasch zunehmenden Verlust an Autonomie zur Folge. Diese verlangt die Fähigkeit, sich anderen anzuvertrauen, und bedeutet die Notwendigkeit, sich auf sie verlassen zu können. Die Nähe zu medizinischem und Betreuungspersonal nimmt zu; entsprechend groß ist auch die Abhängigkeit von deren Umgang mit der Erkrankung. Die Ergebnisse von REED et al. (1994) über einen Zusammenhang zwischen einer «realistisch akzeptierenden» Haltung AIDS-Kranker gegenüber der Prognose und geringerer Lebenserwartung unterstreichen die Notwendigkeit zur Aufrechterhaltung subjektiver Hoffnung angesichts der Bedrohung durch den tödlichen Ausgang der Krankheit. Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden der zunehmend pflegebedürftigen Patienten sind in dieser Phase der Erkrankung unter anderem von ihren wahrgenommenen Einflußmöglichkeiten auf körperliche Symptomatik und Behandlung abhängig (vgl. TAYLOR et al., 1991).

## 3. HIV-Infizierte und ihre Betreuer

Die den Betreuern übertragene Fürsorge führt fast unweigerlich zur Solidarisierung mit den Patienten. Diese Tendenz kann dadurch noch verstärkt werden, daß Behandelnde in die Diskriminierung der Patienten einbezogen werden. Hierdurch können Mechanismen

schützender innerer Distanzierung außer Kraft gesetzt, die notwendige Wachheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit wie auch die Aufrechterhaltung der eigenen psychischen Balance können erschwert werden.

In einer Untersuchung von WALDVOGEL und SEIDL (1992) gaben Pflegepersonen von HIV-Patienten in fast 3/4 der Fälle Gefühle emotionaler Erschöpfung («burn-out») an, von den Ärzten waren es immerhin etwa 40 Prozent. Betreuer und Behandler mit hohem emotionalem Engagement scheinen besonders betroffen zu sein. Ärzte haben es angesichts der emotionalen Belastungen leichter, in eine fachlich-medizinische Haltung auszuweichen, während Pflegekräfte eher gefährdet sind, die Distanz zu verlieren und in eine symbioseähnliche Haltung der «Überidentifikation» mit Patienten zu geraten (WALDVOGEL u. SEIDL, 1992). Eine Verfestigung derartiger berufsspezifischer Bewältigungsformen kann auf Spezialstationen Konflikte zwischen beiden Berufsgruppen ernsthaft verschärfen.

Eine besondere Gefahr entsteht für Psychotherapeuten, Ärzte und Pfleger dann, wenn die Erfahrung des Stützenkönnens – und Ersetzenkönnens – immer wieder auch durch das gemeinsame Scheitern gefolgt wird oder ein Gefühl eigenen Versagens angesichts der enormen emotionalen Bedürftigkeit der Patienten entsteht. So kann – auf manchmal kaum merkbare Weise – die narzißtische Balance der Betreuenden von HIV-Patienten verloren gehen, gerade weil die im Vorfeld dieses Balanceverlustes in der Betreuung entstehenden Ängste vor und Aggressionen gegenüber Patienten abgewehrt werden müssen.

Den vielfältigen Belastungsmomenten, die bei der Betreuung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker entstehen, kann nur durch Fortbildungsangebote über spezielle psychosoziale Gesichtspunkte der Erkrankung (z. B. über Behandlung Drogenabhängiger in der medizinischen Versorgung, Homosexualität und Aspekte der Diskriminierung Homosexueller), aber auch durch Supervision, Selbsterfahrungsangebote und das Erlernen von Streßbewältigungstechniken (etwa aktiver «Burn-out»-Prophylaxe) begegnet werden. Sie ermöglicht medizinischen Behandlern durch gezielte Professionalisierung und Kom-

petenzerweiterung in psychosozialen Problembereichen den Aufbau einer gesunden Distanzierung, die nicht mit dem Verlust der notwendigen Fähigkeit zur einfühlsamen Reaktion bezahlt werden muß.

Die HIV-Infektion bleibt auf nicht absehbare Zeit eine nicht heilbare Erkrankung. Die mit ihr verbundenen Probleme werden es weiterhin notwendig machen, den infizierten Patienten angesichts ihrer häufig kaum haltbaren psychischen und sozialen Lage – zusätzlich zur medizinischen Behandlung – den notwendigen psychosozialen Schutzraum zu verschaffen.

## Literatur

- BECKER S, CLEMENT U: HIV-Infektion – psychische Verarbeitung und politische Realität. *Psyche* 43, 699–709, 1989
- BRODT HR, HELM EB, KAMPS BS: AIDS 1994 – Diagnostik und Therapie HIV-assoziiierter Erkrankungen. Steinhäuser, Wuppertal 1994
- CHUANG HT, DEVINS GM, HUNSLEY J, GILL MJ: Psychosocial distress and well-being among gay and bisexual men with human immunodeficiency virus infection. *Am J Psychiatry* 146, 876–880, 1989
- CLEMENT U: HIV-positiv. Psychische Verarbeitung, subjektive Infektionstheorien und psychosexuelle Konflikte HIV-Infizierter. Enke, Stuttgart 1992
- HEIDE U: Soziale Notlagen bei Patienten mit HIV und Aids. In SCHAEFFER D, MOERS M, ROSENBRICK R (Hrsg.) Aids-Krankenversorgung, S. 119, Edition Sigma, Berlin 1992
- JÄGER H (Hrsg): AIDS und HIV-Infektion. Diagnostik – Klinik – Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. Ecomed, Landsberg/Lech 1988
- KLAUER T, FERRING D, FILLIP SH: Zur Spezifität der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Eine vergleichende Analyse dreier diagnostischer Gruppen. *Z Klin Psychol* 2, 114–158, 1989
- NAMIR S, WOLCOTT DL, FAWZY FI, ALUMBAUGH MJ: Coping with AIDS: Psychological and health implications. *J Appl Soc Psychol* 17, 310–328, 1987
- PANTALEO P, GRAZIOSO C, FAUCI AS: The immunopathogenesis of Human Immunodeficiency Virus infection. *New Engl J Med* 328, 327–335, 1993
- PERREZ M: HIV und AIDS: Psychologische Fragestellungen und Forschungsansätze. *Z Klin Psychol* 21, 319–331, 1992

- REED GM, KEMENY ME, TAYLOR SE, WANG HJ, VISSCHER BR: Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psych* 13, 229–307, 1994
- RUNDELL JR, WISE MG, URSANO RJ: Three cases of AIDS-related psychiatric disorders. *Am J Psychiatr* 143, 777–778, 1986
- SEIDL O, GOEBEL FD: Psychosomatische Reaktionen von Homosexuellen und Drogenabhängigen auf die Mitteilung eines HIV-positiven Testergebnisses. *AIDS-Forschung* 2, 181–187, 1987
- TAYLOR SE, HELGESON VS, REED GM, SKOKAN LA: Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *J Soc Issues*, 91–109, 1991
- TROSS S, HIRSCH AD: Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS. *Am Psychologist* 43, 929–934, 1988
- WALDVOGEL B, SEIDL O: Belastung und professionelle Bewältigungsformen von Ärzten und Krankenpflegekräften, die Patienten mit AIDS betreuen. In ERMANN M, WALDVOGEL B (Hrsg.) *HIV-Betroffene und ihr Umfeld*, S. 33, Springer, Berlin 1992

# N. Dermatologische Erkrankungen

CLAUDIA WELZEL-RUHRMANN, REINHARD LIEDTKE

## 1. Zur Entwicklung der Psychodermatologie

Die auch im Alltagserleben evident enge Verbindung von Haut und Psyche wurde schon früh in der medizinischen Literatur aufgegriffen. So beschrieb bereits 1867 WILSON in einer Abhandlung über Hauterkrankungen Beispiele für nervöse Beeinflussungen von Hautfunktionen, deren Ursache er in allgemeinen Dysregulationen des Nervensystems sah. In die gleiche Richtung wiesen die Überlegungen von BROcq und JACQUET (1891), die den Begriff der «Neurodermitis» prägten und damit die Beeinflussbarkeit ekzematischer Hautveränderungen durch das zentrale Nervensystem betonen wollten. Mit der zunehmenden Entwicklung und Bedeutung des psychoanalytischen Ansatzes rückten in der Folge Fragestellungen nach Zusammenhängen zwischen psychischen Prozessen und Veränderungen des Hautzustandes mehr und mehr ins Interesse der Forschung.

Die Entwicklung der Psychodermatologie läßt sich von diesen Anfängen bis zum heutigen Zeitpunkt in vier Phasen gliedern (vgl. SCHUBERT, 1989). Im Zentrum der ersten Phase standen detaillierte *Kasuistiken*, in denen emotionale Konflikte und deren Verarbeitung mit dem Ausbruch und der Besserung von Hauterscheinungen in Zusammenhang gebracht wurden. Auch Behandlungsverläufe unter dem Einsatz hypnotischer und suggestiver Techniken wurden wiederholt beschrieben.

Unter dem Einfluß von ALEXANDER, der 1951 die Neurodermitis als psychosomatische Erkrankung beschrieb, konzentrierte sich die

Forschung in einer zweiten Phase auf die Identifikation einer *störungsspezifischen Persönlichkeit*. Zunächst mittels klinischer Interviews und projektiver Verfahren, später auch anhand standardisierter psychometrischer Skalen wurde versucht, gemeinsame Persönlichkeitsprofile bzw. Konfliktkonstellationen bei Patienten mit der gleichen Erkrankung zu beschreiben und zugleich eine Abgrenzung der psychischen Prozesse bei unterschiedlichen Hauterkrankungen vorzunehmen. Im Zentrum des Interesses standen neben der Neurodermitis die Psoriasis und die chronische Urtikaria. Die hauptsächliche Kritik an dieser Forschungsrichtung betraf zwei Aspekte:

1. Die Daten zur Persönlichkeit und zu den vorherrschenden Konflikten wurden in der Regel retrospektiv erhoben, wobei die Interpretation nicht berücksichtigte, daß die Erkrankung selbst bereits Einfluß auf die Persönlichkeitsentwicklung genommen haben könnte und sich somit die Kausalitätsfrage nicht mehr eindeutig klären ließ.
2. Weitere methodische Mängel betrafen: die unklare Zusammensetzung der untersuchten Gruppen hinsichtlich der dermatologischen Diagnosen, das Fehlen von Kontrollgruppen, die ausschließliche Verwendung interpretativer Untersuchungsverfahren und Vernachlässigung der Akuität des Krankheitsgeschehens zum Untersuchungszeitpunkt, das Überwiegen von Querschnitt- gegenüber Längsschnittstudien sowie den Mangel an prospektiven Untersuchungen.

In der Folge konzentrierten sich die Studien in einer dritten Phase auf den Aspekt des Einflusses von *Stress* auf die Auslösung und den Verlauf verschiedener Hauterkrankungen. Zunehmend wurden *multifaktorielle Entstehungsmodelle* favorisiert, und die Idee einer überwiegenden Psychogenese trat in den Hintergrund. Unterstützt wurde dieser Zugang durch die Erkenntnisse im Rahmen eines neuen Forschungsstranges, der *Psychoneuroimmunologie* (vgl. ADER et al., 1991), der sich mit den komplexen Wechselwirkungen zwischen dem zentralen Nervensystem, dem Vegetativum und dem Immunsystem auseinandersetzt. Somit wurde es erstmals möglich, die Beobachtungen über den Zusammenhang von Stress und Hautreaktionen in Modellen von neurovegetativen und immunologischen Funktionskreisen abzubilden.

In einem vorläufig letzten Schritt richtete sich das Forschungsinteresse vornehmlich auf Fragen der *Krankheitsverarbeitung und -bewältigung* sowie auf die Bereitstellung und Evaluation spezifischer psychotherapeutischer Maßnahmen für Hautkranke. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, daß bei einer Reihe von Störungen wie z.B. der Akne und der Alopezie die Bedeutung psychischer Faktoren für Auslösung und Aufrechterhaltung der Hauterscheinungen weiterhin umstritten ist, jedoch allgemeine Übereinstimmung darin besteht, daß die Erkrankungen selbst potente Stressoren mit verschiedenen psychischen Folgeschäden darstellen. Auf methodischer Seite wird die Weiterentwicklung zum einen durch die Erstellung spezifischer Meßinstrumente für den Bereich der Dermatologie, wie z.B. dem Neurodermitis-Fragebogen (STANGIER et al., 1993), deutlich. Daneben wird durch den Einsatz zeitreihenanalytischer Designs versucht, die Abbildung relevanter Zusammenhänge mit der sich oft von Tag zu Tag verändernden Hautsymptomatik differenzierter zu gestalten (s. u.).

## 2. Physiologische und psychologische Funktionen der Haut

Die Haut stellt mit einer Oberfläche von 1,5 bis 2 m<sup>2</sup> und einem Gewicht bis zu 20 kg das größte Einzelor-

gansystem des Körpers dar. Sie geht wie das zentrale Nervensystem aus dem Ektoderm hervor und erfüllt vielfältige Aufgaben, die nach STEIGLEDER (1983) in drei Bereiche untergliedert werden: 1. Schutz- und Abwehrfunktionen, 2. Stoffwechselfunktionen, 3. Wahrnehmungs- und Anpassungsfunktionen.

So verhindert die Haut als Grenzorgan zur Umwelt mögliche Schädigungen durch mechanische, chemische oder biologische Reize. Ermöglicht wird dies sowohl durch die hohe Elastizität und Verschieblichkeit der einzelnen Hautschichten als auch durch den Säureschutzmantel, der durch ekkrine Drüsen aufrechterhalten wird. Für die Abwehr biologischer Schäden sind vor allem die in der Haut vorhandenen immunkompetenten Zellen als Teil des SIS (skin immune system) verantwortlich. Als Energiespeicher sowie z. B. durch die Synthese des Vitamins D<sub>2</sub> oder durch den Umbau von Kohlenhydraten in Fette ist die Haut auch direkt an Stoffwechselvorgängen beteiligt.

Die für uns am unmittelbarsten zugängliche Bedeutung der Haut besteht in ihrer Funktion als *Sinnes-* und damit auch *Kontaktorgan*. Dafür verfügt die Haut über drei eigenständige Sinne: den Tastsinn (Mechanorezeption), den Schmerzsinn (Nozizeption) und den Temperatursinn (Thermorezeption), durch den unter anderem der Wärmehaushalt des Körpers reguliert wird. Die wahrnehmbaren Reize bestehen in Wärme-/Kälteempfindungen, Berührung, Schmerz, Kitzel und Juckreiz. Die enge Verknüpfung von physiologischen und psychologischen Prozessen beginnt bereits auf dieser Ebene der Wahrnehmung. So werden die genannten Reize keineswegs quasi «neutral» aufgenommen und verarbeitet, sondern sie sind mit bestimmten emotionalen Bewertungen verknüpft. Im allgemeinen wird Juckreiz aversiver erlebt als Schmerz; eine Berührung kann als Zärtlichkeit bewertet oder als Bedrohung aufgenommen werden. Ebenso besteht auch der umgekehrte Zusammenhang, d. h. emotionale Zustände können an der Haut sichtbar werden. So erröten wir vor Scham, schwitzen vor Angst, erbleichen vor Schreck oder bekommen eine Gänsehaut, wenn uns vor etwas gruselt. Diese Verbindung hat auch Eingang in unsere Umgangssprache gefunden. Man spricht davon, daß «jemand ein dickes/dünnes Fell» habe, etwas «uns unter die Haut geht» oder man «aus der Haut fahren» möchte, wobei diese Liste noch erweiterbar ist. Unter diesem Aspekt läßt sich die Haut auch als Ausdrucksorgan verstehen.

Neben diesen Bereichen der Wahrnehmung und des Ausdrucks läßt sich die psychologische Bedeutung der Haut mit DE KORTE und MUSAPH (1992) noch in drei weiteren Dimensionen betrachten: Kommunikation, Schönheit und Sexualität.

Die hohe Bedeutung taktiler Kommunikation besonders in den *ersten Lebensjahren* konnte in vielfältigen, auch tierexperimentellen Studien aufgezeigt werden (vgl. MONTAGU, 1992; ANZIEU, 1992). Sie bildet die Basis für eine gesunde physiologische und psychische Entwicklung, was aus beschriebenen Fehlentwicklungen bei einem Mangel an Hautstimulation abgeleitet werden kann. So stellte HARLOW (1958) neugeborenen Rhesusaffen eine milchspendende «Drahtmutter» und eine frotteeüberzogene «Ersatzmutter» zur Wahl und fand, daß die Affen nur zur Nahrungsaufnahme die Frotteemutter verließen, sich ansonsten aber gegen die Nahrungsquelle und für die Quelle taktiler Stimulation entschieden. Die Entwicklung der Affen, die eine Frotteemutter als Ersatz bekamen, war normal, während die nur mit einer Drahtmutter versorgten Äffchen wesentliche Entwicklungsdefizite aufwiesen. SPITZ (1967) konnte zeigen, daß Kinder, die aufgrund einer atopischen Dermatitis einen Mangel an Hautkontakt erfuhren, einen Entwicklungsrückstand im Vergleich zu gleichaltrigen gesunden Kindern hatten.

Aber auch im *späteren Lebensalter* übernimmt die Haut wichtige kommunikative Funktionen. So werden von dem Aussehen der Haut, vor allem im Gesichtsbereich, häufig Urteile über den Gesamtzustand eines Menschen abgeleitet, wodurch die enge Verknüpfung der Bereiche «Kommunikation» und «Schönheit» deutlich wird. Das in der Sozialpsychologie beschriebene Phänomen einer Vorurteilsbildung im Sinne des «what is beautiful, is good» kommt hier zum Tragen. Menschen mit gesunder, jugendlicher Haut werden auf dieser Grundlage auch andere positive Eigenschaften eher zugeschrieben, und sie sind insgesamt sozial erfolgreicher. Somit wird auch nachvollziehbar, daß das Selbstwertgefühl bei Personen mit sichtbaren Hauterkrankungen häufig beeinträchtigt ist, und sie sich im sozialen Vergleich unterlegen fühlen. BOSSE et al. (1976) bestätigten diese Wahrnehmung insofern, als sie zeigten, daß hautgesunde Probanden Hautkranke als weniger leistungsfähig einschätzten und ihnen auch eine geringere Berechtigung zugestanden, Ansprüche zu stellen. Relativierend steht dem jedoch der Befund gegenüber, daß Hautkranke insgesamt zu einer Überschätzung der sozialen Auswirkungen ihrer sichtbaren Läsionen neigten und weit weniger abgelehnt wurden, als sie es annahmen. Dennoch wird vor diesem Hintergrund das allgemeine Bemühen um eine «schöne Haut» verstehbar, wie es sich im steigenden Konsum von kosmetischen Pflegeprodukten sowie in

einer oft übertriebenen und bis zum Exsikkations-ekzem führenden Hygiene äußert. Die leichte Zugänglichkeit der Haut macht sie dabei für Manipulationen besonders anfällig.

Nicht zuletzt spielt die Haut auch im Bereich der *Sexualität* eine wesentliche Rolle, da hier Berühren und Berührtwerden im Zentrum stehen. Daraus ableitbar ist auch, daß Hautkranke sich gerade in diesem Bereich häufig eingeschränkt fühlen. Sie wünschen sich einerseits die Nähe des sexuellen Kontakts, befürchten aber andererseits, aufgrund der Hauterscheinungen wenig attraktiv zu sein und Berührungen in einem akuten Krankheitsstadium auch als schmerzhaft zu erleben.

### 3. Störungsbilder der Psychodermatologie

Einer inzwischen akzeptierten Klassifikation MEDANSKYS aus dem Jahr 1980 folgend, lassen sich psychodermatologische Störungen drei Gruppen zuordnen:

A) Die erste Gruppe umfaßt solche Erkrankungen, bei denen *primär* eine *psychische Störung* vorliegt, die sich in einer dermatologischen Symptomatik ausdrückt. Hierzu zählen der Dermatozoenwahn, die Trichotillomanie (zwanghaftes Ausreißen eigener Haare), die neurotische Exkoration und die Dermatitis artefacta. Therapeutisch steht jeweils die Behandlung der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung im Vordergrund. (Zur grundsätzlichen Problematik artifizieller Störungen ist auf das Kapitel IV.L und hinsichtlich des Dermatozoenwahns und der Trichotillomanie auf einschlägige psychiatrische Lehrbücher zu verweisen.)

B) Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um Störungen mit eindeutig organischer Ursache, die jedoch zu *reaktiven psychischen Beeinträchtigungen* führen können. Hier sind die Neoplasmen wie das maligne Melanom, kongenitale Störungen wie Nävi, Geburtsmale, usw. und Traumata (Verbrennungen, Verletzungen mit nachfolgender Narbenbildung usw.) einzuordnen. Obwohl die Behandlung grundsätzlich in der Hand der Dermatologen



zu liegen hat, kann eine begleitende psychotherapeutische Intervention indiziert sein, die sich inhaltlich an der vorherrschenden psychischen Symptomatik orientiert. Die am häufigsten auftretenden Symptome sind dabei Depressionen, Ängste und ausgeprägte Selbstunsicherheit.

C) Die dritte Gruppe setzt sich aus Störungen zusammen, bei denen sowohl *organische als auch psychische Faktoren* in jeweils unterschiedlichem Ausmaß eine Rolle spielen. Hierunter werden die atopische Dermatitis, die Psoriasis vulgaris, die chronische Urtikaria, die Akne vulgaris und die Virusinfektionen der Haut (Herpes simplex und Warzen) subsumiert. Da diese Störungsgruppe den Gegenstand der Psychodermatologie im engeren Sinne bildet, soll im folgenden ausführlicher auf die einzelnen Erkrankungen eingegangen werden. Dabei wird die atopische Dermatitis (AD) aus mehreren Gründen einen besonders breiten Raum einnehmen. Zum einen liegt – auch aus historischen Gründen – besonders umfangreiches Material zur Erkrankung vor. Zum anderen lassen sich hier viele Zusammenhänge beispielhaft aufzeigen, die sich so oder ähnlich auch bei den anderen Störungen wiederfinden.

## 4. Atopische Dermatitis

### 4.1 Symptomatik und Verlauf

Die atopische Dermatitis – Synonyme: endogenes Ekzem, Neurodermitis, Prurigo Besnier – ist eine chronische oder chronisch-rezidivierende entzündliche Hauterkrankung und gehört zusammen mit der allergischen Rhinitis, dem allergischen Asthma bronchiale und der allergischen Konjunktivitis zum Formenkreis der *Atopien* (vom griechischen «atopos»: nicht an einem festen Ort auftretend). Unter Atopie wird eine genetisch bedingte Disposition zu einer Überempfindlichkeitsreaktion vom Sofort-Typ gegen Substanzen aus der natürlichen Umwelt verstanden, wobei diese Diathese nur ein möglicher Auslöser für die Hauterscheinungen der Dermatitis ist (s. u.). Die Art der Hautveränderungen und die Prädispositionsstellen wechseln in Abhängigkeit

vom Lebensalter, so daß für Säuglinge, Kinder sowie Jugendliche und Erwachsene unterschiedliche klinische Bilder beschrieben werden, wobei in allen Phasen das führende Symptom ein starker Juckreiz ist.

Im Säuglingsalter, mit Beginn häufig um den dritten Lebensmonat, bestehen vor allem papulovesikulöse Effloreszenzen, die aufgrund des starken Juckreizes aufgekratzt werden und zu entzündlich-nässenden Hauterscheinungen führen. Prädispositionsstellen sind der Gesichts- und Kopfbereich (Milchschorf) mit möglicher Ausbreitung auf den Stamm. Nach diesem exsudativen Stadium zeigen sich die Hauterscheinungen in der Kindheits- und später der Erwachsenenphase in drei Varianten: der ekzematoïden, der lichenifizierten (vergrößerte Hautfelderung) und der pruriginösen Form (Knötchenbildung), die auch nebeneinander bestehen können. Die Prädispositionsstellen sind dann die großen Gelenkbeugen (Ellenbeuge, Handgelenk, Kniekehle), Gesicht sowie Nacken und Brust-/Schulterbereich. Im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes steht wiederum der meist ausgeprägte *Juckreiz*, der durch das nachfolgende *Kratzen* maßgeblich zur Aufrechterhaltung der Hauterscheinungen beiträgt. Auch die häufig bestehenden Entzündungen und Sekundärinfektionen sind zum Großteil auf das Aufkratzen der Haut zurückzuführen.

Zusätzlich zu diesen Hautsymptomen finden sich bei Patienten mit atopischer Dermatitis in der Regel eine Seborrhoe (verminderte Talgabscheidung), eine Neigung zur Allergisierung, eine paradoxe Schweißsekretion (besonders bei körperlicher Anstrengung) Hyposekretion in nicht betroffenen und Hypersekretion in betroffenen Arealen), paradoxe Gefäßreaktionen (z. B. weißer Dermographismus), erhöhte IgE-Spiegel im Serum (bei etwa 70 %) sowie eine gesteigerte Empfindlichkeit der Haut, die unter anderem zu einer Erniedrigung der Juckreizschwelle führt. Bei etwa 80 Prozent findet sich eine positive Familien- oder Eigenanamnese bezüglich atopischer Erkrankungen.

Der *Verlauf* ist durch eine frühe Manifestation und eine hohe Abheilungsrate mit steigendem Lebensalter gekennzeichnet. Die Erstmanifestation erfolgt in 90 Prozent der Fälle vor dem 5. Lebensjahr, typische Zeiten für das erste Auftreten, aber auch das Abheilen der Erkrankung sind das 2. und das 5. Lebensjahr, die Pubertät, das 30. und das 50. Lebensjahr. Dabei überwiegt ein phasenhafter Verlauf mit zum Teil monate- oder jahrelangen symptomarmen Episoden und plötzlichen Exazerbationen gegenüber der chronisch persistierenden Form. In vielen Fällen besteht eine saisonale

und klimatische Abhängigkeit, wobei die Herbst-/Winterperiode mit einer Verschlechterung verbunden ist. Andere atopische Erkrankungen können zugleich mit der Dermatitis bestehen oder sie ablösen.

#### 4.2 Epidemiologie und ätiologische Überlegungen

Die *Prävalenz* der atopischen Dermatitis in der Gesamtbevölkerung liegt bei etwa 0,7 Prozent, bei Kindern zwischen 2 und 4 Prozent. Anzeichen einer steigenden Inzidenzrate liegen vor, sind aber noch nicht klar nachgewiesen. Im Kindesalter liegt bezüglich der Geschlechter eine Gleichverteilung vor, im Erwachsenenalter scheinen Frauen häufiger betroffen zu sein. Die Angaben zur Prognose bezüglich der Abheilungsrate im Erwachsenenalter schwanken zwischen 50 Prozent und 90 Prozent – je nach dem bei den untersuchten Stichproben vorliegenden Ausprägungsgrad der Erkrankung.

Studien zu den Ursachen haben zu einem *multifaktoriellen Modell* geführt, in dem der Einfluß psychischer Faktoren einen wesentlichen Stellenwert hat. Neben der atopischen Diathese werden als weitere Bereiche diskutiert: Störungen der humoralen und zellulären Immunität (erhöhte Serum-IgE-Spiegel, verringerte Zahl von T-Suppressorzellen), Störungen des vegetativen Nervensystems, Stoffwechselstörungen (erhöhte Phosphodiesteraseaktivität), eine verminderte Talgdrüsenproduktion und Störungen in der Schweiß- und Schweißregulation. Ein Teil der gefundenen Funktions- und Regulationsstörungen, d. h. die gesteigerte cholinergische und  $\alpha$ -adrenerge Sensitivität, läßt sich mit dem Konzept der  $\beta$ -adrenergen Blockade nach SZENTIVANYI erklären (vgl. KOBLENZER, 1987). Dabei wird angenommen, daß es aufgrund eines angeborenen Defekts zu einem Ungleichgewicht zwischen dem  $\alpha$ - und  $\beta$ -adrenergen System mit einer zumindest teilweisen Blockade der  $\beta$ -Rezeptoren kommt. Unter «Blockade» ist hierbei das Ausbleiben einer Reaktion bzw. ein insuffizientes Ansprechen auf adäquate Stimulation in Form einer verminderten Bereitstellung von zyklischem Adenosinmonophosphat (cAMP) zu verstehen. Im gesunden Organismus erfüllt cAMP eine Reihe überwiegend inhibitorischer Funktionen, von denen in diesem Zusammenhang die folgenden von Bedeutung sind: Hemmung der antigeninduzierten Histaminfreisetzung, Hemmung der zellvermittelten Immunität sowie der Antikörperproduktion und Hemmung der DNS-Synthese in Epi-

dermiszellen. Ein Mangel an cAMP kann somit zu einigen der bei der atopischen Dermatitis bekannten Fehlregulationen führen. Wie weiter unten gezeigt wird, bildet dieses Modell eine wichtige Grundlage für die Vorstellungen bezüglich der Vermittlung psychischer Einflüsse auf die Haut.

#### 4.3 Persönlichkeitsaspekte und familiäre Interaktion

Befunde zu einer spezifischen Persönlichkeit bei atopischer Dermatitis stammen, wie weiter vorn beschrieben, überwiegend aus einer relativ frühen Phase der psychodermatologischen Forschung. Aufgrund der bereits angeführten Kritikpunkte soll daher im folgenden nicht detailliert auf das umfangreiche, aber methodisch problematische Material zu diesem Aspekt eingegangen werden. Psychoanalytisch orientierte Autoren betonen die *Nähe-Distanz-Problematik* der Patienten, die sich ausgehend von einer Störung der primären Mutter-Kind-Beziehung auf einem schmalen Grat zwischen Anklammerungsbedürfnis und Flucht vor Nähe bewegen (s. RECHENBERGER, 1983). Sie werden als *aggressiv gehemmt* beschrieben und vermeiden die Auseinandersetzung und Abgrenzung. Nicht adäquat abgeführte aggressive Impulse können sich in Form von Kratzattacken entladen, wobei der Zusammenhang von Scham, Schuldgefühlen und masochistischer Autodestruktion auffällt. Auch autoerotischer Rückzug in die Hautpflege und ein möglicher Teufelskreis von Autoerotik und Selbstbestrafung sind vermerkt worden. THOMÄ (1980) beschreibt in einer Einzelfallstudie einen Patienten, der seine Hautsymptomatik im Dienst zwischenmenschlicher Auseinandersetzung einsetzt und im Jucken und Kratzen in vielfältigen Nuancierungen objektbezogene Gefühle unterzubringen versucht. Nach anderen Studien unterscheiden sich Patienten mit atopischer Dermatitis hinsichtlich der Persönlichkeit jedoch nicht von sogenannten Normalpersonen, so daß insgesamt nicht von einer für alle Patienten mit dieser Erkrankung typischen Persönlichkeit ausgegangen werden kann.

Relativ übereinstimmend wurde in der Literatur eine *erhöhte Ängstlichkeit* bei Patienten

ten mit atopischer Dermatitis beschrieben (vgl. MÜNZEL, 1988). Diese dürfte in der Regel jedoch eher als Folge denn als Ursache der atopischen Dermatitis anzusehen sein, da die untersuchten Kollektive meist eine mittlere Krankheitsdauer von etwa acht Jahren hatten. In diese Richtung weist auch eine Längsschnittstudie von RECHARDT (1970). Er untersuchte eine Stichprobe zu Beginn in einem akuten behandlungsbedürftigen Hautzustand und fand diverse Persönlichkeitsauffälligkeiten, so auch eine erhöhte Ängstlichkeit. Bei der weitere zehn Jahre später stattfindenden Nachuntersuchung hatte sich der Hautzustand soweit stabilisiert, daß keine weitere Behandlung mehr erforderlich war. Zu diesem Zeitpunkt konnten keine Persönlichkeitsauffälligkeiten mehr gemessen werden; auch im psychodynamischen Interview erschienen die Patienten als unauffällig. Somit können sich Auffälligkeiten offenbar dann normalisieren, wenn sich die Hautsituation verbessert. Auch dies ist ein Hinweis darauf, daß die Erkrankung selbst starke Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben haben kann.

Ebenso wie die Frage nach Persönlichkeitsauffälligkeiten haben Vorstellungen hinsichtlich der Bedeutung einer gestörten *Mutter-Kind-Interaktion* für die Entwicklung der Erkrankung eine lange Tradition. Wenn vom Kind in den ersten Lebensjahren ein zärtlicher, warmer und beruhigender Kontakt seitens der Mutter und der familiären Umwelt vermißt wird, kann Juckreiz eine Möglichkeit darstellen, die Aufmerksamkeit auf sich – und nicht nur, aber auch auf die Haut – zu lenken. Die Mütter von Kindern mit atopischer Dermatitis wurden u. a. als abweisend, feindselig oder auch überprotektiv beschrieben. Leider beruhen auch diese Beschreibungen häufig auf methodisch angreifbaren, eher einzelfallorientierten denn systematisch kontrollierten Studien. In diesem Sinne elaboriertere Untersuchungen werden im folgenden aufgegriffen.

So wurden in einer umfangreichen Studie (RING et al., 1986; RING u. ZIMMERMANN, 1986) Eltern, Kinder und die Eltern-Kind-Beziehung mit einer Reihe standardisierter und unstandardisierter Verfahren untersucht. Zusätzlich wurden als medizinische Parameter die Intensität der Hauterscheinungen, die in-vitro-Histaminfreisetzung und der Serum-IgE-Spiegel

berücksichtigt. Anhand der Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES-KJ) ließen sich keine Unterschiede zwischen der Kindergruppe mit atopischer Dermatitis (N = 13) und einer Kontrollgruppe mit nicht atopischen Dermatosen nachweisen. Hingegen ergaben sich für die Mütter der AD-Kinder im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) im Vergleich zum Normkollektiv geringere Werte für «spontane Aggressivität» und «Emotionalität». Im Vergleich zur Kontrollgruppe beurteilten die AD-Kinder den Erziehungsstil ihrer Mütter zudem als strenger. Dabei ergaben sich insgesamt keine bedeutsamen Korrelationen zwischen den gemessenen Persönlichkeits- und Verhaltensdimensionen und den medizinischen Parametern. Bei einem weiteren Vergleich mit der Kontrollgruppe anhand eines strukturierten Interviews wurden die Mütter der AD-Kinder als weniger spontan, rationaler und leistungsbezogener reagierend charakterisiert, wobei zu beachten ist, daß den Auswertern die Gruppenzugehörigkeit der Probanden bekannt war.

In eine ähnliche Richtung weisen die Befunde einer gut kontrollierten Studie von LIEDTKE (1987), in der die familiäre Sozialisation von an verschiedenen psychosomatischen Störungen erkrankten Kindern untereinander und mit einer Kontrollgruppe psychoneurotischer Kinder verglichen. Dabei wurden neben Verfahren zur Erhebung spezifischer Persönlichkeitsmerkmale mehrere, in der Erziehungsstilforschung bewährte Fragebögen eingesetzt. Auch hier wurden die Mütter von AD-Kindern sowohl im Vergleich zur Kontrollgruppe als auch relativ zu den Müttern der anderen psychosomatisch erkrankten Kinder als weniger nachsichtig, d. h. strenger geschildert. Bezüglich des Erziehungsverhaltens lassen sich die Befunde dahingehend zusammenfassen, daß «den Müttern der Neurodermitiskinder eine eigenständige Auseinandersetzung ihres Kindes mit der Umwelt in aktiverer Weise weniger wichtig ist; sie sprechen in der Tendenz für eine ängstlich besorgte, überprotektive und somit einengende Mutter...» (S. 97).

In einer weiteren Untersuchung von GIL et al. (1987) wurde nicht speziell die Mutter-Kind-Interaktion fokussiert, sondern der mögliche Zusammenhang des allgemeinen Familienklimas mit der Schwere der Hauterscheinungen bei Kindern mit atopischer Dermatitis überprüft. Auch nach Elimination des Einflusses demographischer und medizinischer Variablen konnte ein erheblicher Einfluß des Familienklimas gezeigt werden. Dabei hatten solche Kinder weniger Symptome, in deren Familie eine Mischung aus unabhängigem Denken, Selbstvertrauen und organisiertem Alltagsleben bestand. Stärker betroffen waren die Kinder aus Familien, in denen strenges und rigides Denken vorherrschte und Bestrafung eine wichtige Rolle spielte. Diese Studie bestätigt also die Relevanz der familiären Interaktion für die Hautsituation, weist aber auch darauf hin, daß eine differenzierte Betrachtung

tung notwendig ist. So scheinen nicht alle Mütter von AD-Kindern besonders streng zu sein, sondern nur eine bestimmte Untergruppe, bei der dies dann auch mit einer schlechteren Hautsituation der Kinder verbunden ist.

Auch bei der Bewertung dieser Befunde sollte wiederum bedacht werden, daß sich durch die Krankheit selbst sowohl für das betroffene Kind als auch für die anderen Familienmitglieder besondere Belastungen ergeben. Gerade eine Erkrankung mit frühem Beginn und chronischem Verlauf kann die Interaktionsformen in einer Familie wesentlich beeinflussen. Hinsichtlich der Interventionsebene sollte somit nicht allein das erkrankte Kind, sondern möglichst auch seine nächste Bezugsperson in eine Behandlung miteinbezogen werden.

#### 4.4 Krankheitsauslösende und -aufrechterhaltende Faktoren

Neben den teilweise bereits erwähnten Auslösefaktoren wie klimatische Bedingungen, Allergenexposition, mangelnde Rückfettung der sebastatischen Haut usw. wurde immer auch der Einfluß psychischer Belastung auf die Auslösung und Aufrechterhaltung der atopischen Dermatitis diskutiert. In einer Reihe von Studien (vgl. HERMANN, 1991) konnte dabei ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von *belastenden Lebensereignissen* und einer Exazerbation hergestellt werden. Unter belastenden Lebensereignissen werden so unterschiedliche Begebenheiten wie Umzüge, Schulwechsel, Heirat, berufliche Veränderungen, aber auch (andere) Trennungs- und Verlusterlebnisse verstanden. Ebenfalls konnte gezeigt werden, daß *alltägliche Widrigkeiten* («daily hassles» in Ereignis-Fragebogen) eine Verschlechterung oder ein Wiederauftreten einer bestehenden Dermatitis hervorrufen können.

Ein gemeinsames Problem dieser Untersuchungsansätze ist, daß die Daten fast ausschließlich auf retrospektiven Erhebungen in Form von Fragebögen und vor allem klinischen Interviews beruhen und damit einer möglichen Erinnerungsverzerrung unterworfen sind. Allerdings kommen die wenigen

prospektiven Untersuchungen zu einem ähnlichen Ergebnis und stützen daher die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Hautzustand und psychischer Belastung. KING und WILSON (1991) untersuchten 50 AD-Patienten über einen Zeitraum von zwei Wochen mittels eines detaillierten Tagebuches, in dem nicht nur die Hautsymptomatik, sondern auch verschiedene Aspekte wie Ausmaß des interpersonellen Stresses, Depressivität, Ärger usw. protokolliert wurden. Die Daten wurden sowohl korrelationsstatistisch als auch zeitreihenanalytisch ausgewertet. Das Ausmaß des interpersonellen Stresses hatte dabei den engsten Zusammenhang mit dem Auftreten einer Hautverschlechterung, d. h., eine hohe Belastung durch zwischenmenschliche Probleme führte zu einer Hautverschlechterung am folgenden Tag. Es galt aber auch das Umgekehrte: Eine Hautverschlechterung hatte vermehrten Streß in sozialen Situationen am nächsten Tag zur Folge. Für den Aspekt der Depressivität konnte dagegen der Zusammenhang nur in einer Richtung nachgewiesen werden: Eine verstärkte Hautsymptomatik führte zu höherer Depressivität am Folgetag. Diese Befunde belegen also sowohl die Auswirkungen von Streß auf die Hautsituation als auch die schon mehrfach erwähnte Annahme, daß die Hauterkrankung selbst ein bedeutsamer Stressor für den Patienten ist.

In einer ähnlich angelegten Studie von SCHUBERT (1989), an der sechs AD-Patienten über einen Zeitraum von drei Monaten teilnahmen, wurden zusätzlich meteorologische Variablen berücksichtigt, um den für die Dermatitis als wesentlich erachteten klimatischen Faktor zu kontrollieren. Die Ergebnisse entsprechen in den entscheidenden Aspekten denen von KING und WILSON, d. h., daß sowohl psychosoziale Belastungen eine Exazerbation nach sich ziehen konnten, aber sich auch Hautverschlechterungen selbst als potente Stressoren erwiesen. Interessant war zudem, daß psychosoziale Faktoren (etwa 20 % Varianzaufklärung) weit bedeutsamer für den Hautzustand waren als klimatische Bedingungen (etwa 9 % Varianzaufklärung).

Kann also insgesamt die Bedeutung psychischer Belastung für den Verlauf als hinreichend belegt gelten, so stellt sich die Frage nach den vermittelnden Mechanismen. Auf welchem Weg können unterschiedliche Erfahrungen wie Alltagsstreß oder Verlusterlebnis-

se Einfluß auf die Exazerbation von Hauterscheinungen nehmen? Innerhalb der multifaktoriellen Genese der atopischen Dermatitis spielen Hinweise aus zwei Bereichen hier eine wichtige Rolle: 1. Ergebnisse aus dem Bereich der *Psychophysiologie* und zur *Beeinflussbarkeit der Juckreizschwelle*; 2. Befunde zur *Modulation immunologischer Prozesse* durch psychische Aspekte.

ad 1: In experimentellen Laborstudien konnte mehrfach gezeigt werden, daß AD-Patienten im Vergleich zu Hautgesunden eine erhöhte physiologische Streßreagibilität aufweisen. So steigen unter Belastungen wie Kopfrechnen, Erwartung einer Leistungsüberprüfung, Konfrontation mit unangenehmem biographischen Material usw. physiologische Parameter wie die Herzrate, die Hauttemperatur, die Fluktuation des Hautwiderstandes usw. signifikant stärker an als bei gesunden Kontrollpersonen. Damit geht eine subjektive Wahrnehmung von höherer Anspannung bei den AD-Patienten einher. Auch die Rückbildungsphase der Erregung nach Ende der Belastung ist bei AD-Patienten verlängert.

Diese erhöhte Reagibilität auf vegetativer Ebene steht möglicherweise auch mit dem Befund im Zusammenhang, daß Juckreiz durch psychische Faktoren provoziert werden kann bzw. die Schwelle der Juckreizauslösung durch psychische Belastung modifizierbar ist. In Verbindung mit den weiter unten dargestellten Auswirkungen stärkeren Juckreizes auf das Kratzverhalten könnte hier ein mögliches Bindeglied zwischen Streß und Hautzustand liegen.

ad 2: Erste Hinweise auf die Möglichkeit der Modulation allergischer Reaktionen durch psychische Faktoren stammen aus der Hypnoseforschung. In mehreren Studien (vgl. SCHUBERT, 1989) konnte dabei gezeigt werden, daß sich die Hautreaktionen nach Injektion von Allergenextrakten unter Hypnose in Abhängigkeit von der jeweiligen Suggestion sowohl verringern als auch verstärken ließen. Vermittelt wird diese Beeinflussbarkeit möglicherweise durch die an Mastzellen nachgewiesenen Rezeptoren für verschiedene Neurotransmitter und Hormone, unter anderem Katecholamine. So könnte eine durch Streß ausgelöste Katecholaminausschüttung durch die Stimulation von Mastzellen zu einer massiven Histaminausschüttung führen, die in Folge der  $\beta$ -adrenergen Blockade zudem nur mangelhaft gehemmt wird. Eine weitere Beeinflussungsmöglichkeit allergischer Reaktionen liegt in der durch Streß induzierten Cortisolausschüttung, die eine Funktionseinschränkung von T-Suppressorzellen nach sich zieht. Da diese wiederum maßgeblich an der IgE-Regulation beteiligt sind, kommt es zu einer mangelhaften Hemmung der IgE-Produktion und damit zu einem erhöhten Serum-IgE-Spiegel.

Des weiteren wurde die Bedeutung klassischer *Konditionierungsphänomene* für die Ausbildung allergischer Reaktionen mehrfach betont. So war es beispielsweise möglich, asthmatische Beschwerden durch die Präsentation eines «Scheinallergens» (hier: Plastikblumen statt echter Blumen) auszulösen, d. h., die Erwartung eines bekannten Allergens (mit seinen bewußten und unbewußten psychologischen Implikationen) reichte aus, um die entsprechende Reaktion zu provozieren. In einer Studie von HERMANN (1991) führten unterschiedliche Instruktionen während eines Histaminpricks (Dramatisierung vs. Beschwichtigung) zur Modifikation der entwickelten Quaddelgröße und zur Veränderung der Stärke des wahrgenommenen Juckreizes. Daß es sich bei diesen Phänomenen möglicherweise um eine gelernte Histaminreaktion handeln könnte, zeigt eine Studie von RUSSEL et al. (1984), die im Tierexperiment die klassische Konditionierbarkeit einer Histaminausschüttung nachweisen konnten. Dies ist für die atopische Dermatitis insofern von besonderer Bedeutung, als Histamin hier eine wesentliche Rolle für die Juckreizauslösung und Entzündungsreaktionen spielt.

Die inzwischen aus der Psychoneuroimmunologie bekannte Verbindung zwischen zentralem Nervensystem, peripherem Nervensystem und Immunsystem über gemeinsame Neurotransmitter, nervale Verknüpfungen und Neuropeptide bietet also eine wichtige Grundlage zur möglichen Erklärung der Zusammenhänge von psychischen Faktoren mit Hautzustandsveränderungen.

Das folgende *hypothetische Modell* integriert die beschriebenen Befunde sowie die über die Ätiopathogenese bekannten Faktoren (Abb. 1).

Psychische Einflüsse spielen nicht nur bei der Auslösung und Verschlimmerung eine wichtige Rolle, sondern auch bei dem Problem der Chronifizierung, zu welcher der sogenannte *Juck-Kratz-Zirkel* wesentlich beiträgt. Wie schon mehrfach erwähnt, stellt der Juckreiz das zentrale Symptom der atopischen Dermatitis dar, so daß im folgenden zunächst einige allgemeine Aspekte des Juckreizes dargestellt werden.

Jucken ist mit Kratzen als spinaler Reflex verbunden, der jedoch kortikal hemmbar ist. Die Juckempfindung ist auf segmentaler Ebene beeinflussbar, so daß eine Stimulation innerhalb des gleichen Dermatoms zum Sistieren des Juckreizes führen kann. Obwohl ein so alltägliches Phänomen, ist bis heute nicht völlig geklärt, über welche Rezeptoren und Bahnen Juckreiz vermittelt wird. Man nimmt an, daß Schmerz

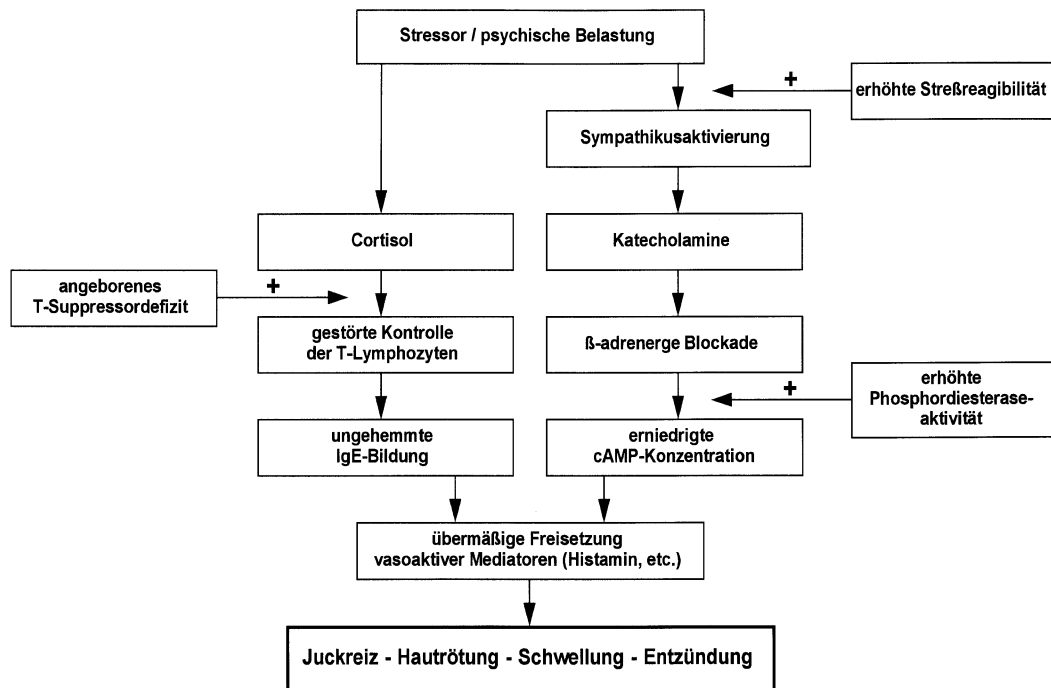


Abbildung 1: Hypothetisches Modell zum Zusammenhang von Stress und Hautverschlechterung bei der atopischen Dermatitis.

und Juckreiz an den freien Nervenendigungen in der Haut ausgelöst werden. Dabei ist unklar, ob es jeweils spezifische Rezeptoren gibt oder ob eine funktionelle Trennung besteht. Adäquate Stimuli zur Juckreizauslösung in der Haut sind vor allem das Histamin, aber auch Neuropeptide wie die Substanz P usw. Durch eine Steigerung der Stimulusintensität kann Juckreiz in Schmerz übergehen, wobei dieser subjektiv in der Regel der Empfindung Juckreiz vorgezogen wird. Juckreiz ist nur bei einem intakten dermal-epidermalen Übergang auslösbar, so daß in aufgekratzter Haut zunächst kein Juckreiz mehr entstehen kann. Nach einer Stimulation besteht zudem eine interindividuell unterschiedliche Refraktärzeit von etwa ein bis zwei Stunden. Allgemein nimmt die Juckempfindlichkeit im Verlauf des Tages und bei höheren Temperaturen zu. Juckreiz ist auch bei Hautgesunden psychisch modulierbar, z. B. über eine allgemeine Aufmerksamkeitslenkung, aber auch in Abhängigkeit vom Aktivierungszustand, d. h., in stressreichen Situationen ist Juckreiz leicht auslösbar.

Ekzematöse und lichenifizierte Hautstellen weisen eine gesteigerte Reagibilität auf juckreizauslösende Stimuli und eine erhöhte Schmerzschwelle auf. Damit ist das Spektrum der Reize, die schon Juckreiz, aber noch nicht Schmerz auslösen, deutlich breiter als in gesunden Hautarealen. Neben dieser Stimulusausweitung treten in häufig aufgekratzter Haut vermut-

lich zwei weitere Verstärkungskomponenten auf: Zum einen wird angenommen, daß nach häufiger Entleerung die Mastzellen vermehrt Histamin bereitstellen, zum anderen gibt es Hinweise darauf, daß freie Nervenendigungen vermehrt in die abheilende Haut einsproßen. Auf diesem Wege führt Kratzen im Endeffekt zu einer Verstärkung von Juckreiz.

Neben den genannten Verbindungen von Jucken und Kratzen spielen aber auch *Lernprozesse* bei der Ausbildung des Juck-Kratz-Zirkels eine wichtige Rolle. In Abbildung 2 sind die möglichen Verflechtungen zwischen emotionalen Problemen, Juckreiz und Kratzen in Anlehnung an STANGIER et al. (1987) dargestellt.

Zur Entstehung des Circulus vitiosus aus Juckreiz und Kratzen tragen sowohl klassische wie operante Konditionierungsvorgänge bei. Emotionale Anspannung kann nach diesem Modell durch eine häufige Koppelung mit Juckreiz zu einem konditionierten Stimulus für Kratzen werden, wodurch eine Kratzreaktion auch ohne vorherigen Juckreiz auslösbar wird. Unterstützung erfährt diese Annahme zum einen durch den Befund, daß AD-Patienten schneller als Hautgesunde eine konditionierte Kratzreaktion auf neutrale Stimuli entwickeln und diese auch lö-

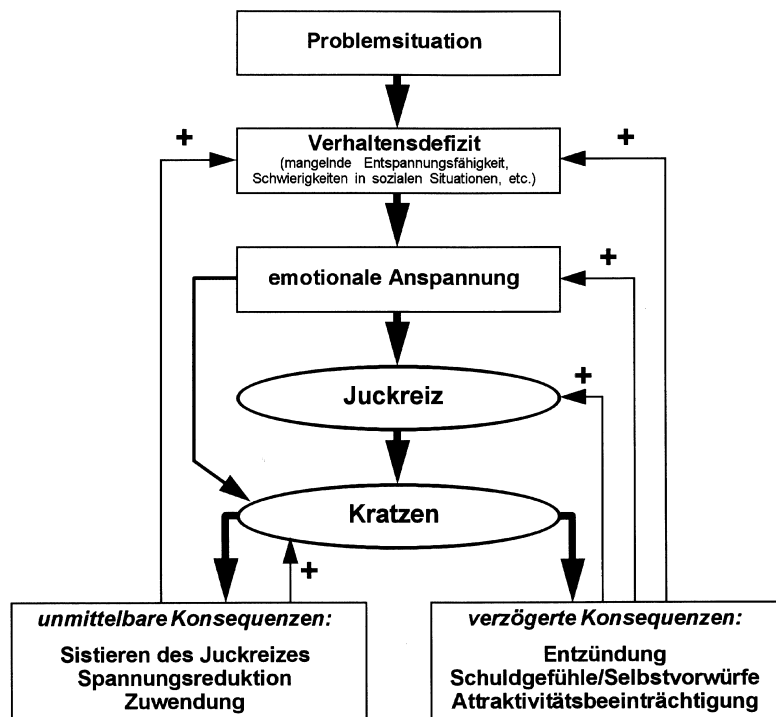


Abbildung 2: Modell zum Zusammenhang von Juckreiz, Kratzverhalten und emotionalen Reaktionen.

schungsresistenter ist. Zum anderen entspricht diese Vorstellung auch der klinischen Erfahrung, wonach AD-Patienten bei genauer Selbstbeobachtung auch Kratzen ohne initialen Juckreiz registrieren können und dies vor allem in für sie emotional belastenden Situationen. Allerdings wird in der Folge häufig sekundär Juckreiz ausgelöst, so daß es hier zu einem Kratz-Juck-Zirkel kommt.

Unter operanten Aspekten ist von besonderer Bedeutung, daß die unmittelbaren und damit handlungsbestimmenden Konsequenzen des Kratzens insgesamt positiv sind. Neben einem Nachlassen des Juckreizes tritt häufig eine als sehr angenehm erlebte Spannungsreduktion auf, so daß hier von einer inadäquaten, weil selbstschädigenden Entspannungstechnik gesprochen werden kann. Daneben berichten Patienten immer wieder von angenehmen Körpergefühlen beim Kratzen, die zuweilen als lustvoll beschrieben werden. Auch kann eine Zuwendungsreaktion von bedeutsamen Bezugspersonen wie Eltern oder Partnern erfolgen, so daß es zu einer mehr oder minder bewußten Instrumentalisierung des Kratzverhaltens kommen kann. Aber auch der Ausdruck von Unlustgefühlen sowie Wünsche nach Abgrenzung oder Distanzierung können über das Kratzen vermittelt werden, wenn beispielsweise auf eine zärtliche Annäherung des Partners mit Hautmanipulationen reagiert wird. Besteht die Erkrankung vom Kindesalter an, können sich so *soziale Verhaltensdefizite* bilden,

die den Jugendlichen und Erwachsenen in seinen Interaktionen behindern.

Die verzögert einsetzenden Konsequenzen des Kratzens sind zwar insgesamt negativ, werden jedoch nicht mehr im Sinne einer Kratzkontrolle verhaltenswirksam, sondern verstärken im Gegenteil die auslösenden Bedingungen. Neben den direkten Folgen an der Haut wie Entzündungen, vermehrter Juckreiz usw. treten häufig Schuldgefühle («wieder nicht beherrscht») und Selbstvorwürfe auf. Daneben wird die Beeinträchtigung der physischen Attraktivität durch aufgekratzte Hautareale als sehr belastend erlebt und intensiviert die Unsicherheit in sozialen Situationen.

#### 4.5 Psychotherapeutische Maßnahmen

Bei den Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen handelt es sich überwiegend um Einzelfallberichte. Erst in den letzten Jahren wurden mehrere kontrol-

lierte Gruppenuntersuchungen vorgelegt, die unterschiedliche Schwerpunkte wie Reduktion des Kratzverhaltens, Aufbau einer adäquaten Entspannungsfähigkeit usw. setzten (vgl. zur Übersicht SCHUBERT, 1989). Positive Effekte ließen sich dabei sowohl auf der Ebene des Hautzustandes, des Medikamentenverbrauches und der Kratzfrequenzen als auch in Selbstbeurteilungsdaten bezüglich Depressivität, Ängstlichkeit, Selbstvertrauen usw. (vgl. NIEBEL, 1990) nachweisen. Dabei wurde die psychotherapeutische Intervention in keinem Fall als Alternative zu einer dermatologischen Behandlung konzipiert, sondern es wurde eine Integration beider Ansätze angestrebt.

Im folgenden werden zunächst diejenigen Behandlungsbestandteile beschrieben, die sich insgesamt als günstig bezüglich einer Verbesserung des Hautzustandes und der Krankheitsbewältigung erwiesen haben. Dabei ist ein Schwerpunkt jeweils dort zu setzen, wo sich aus den anamnestischen und psychodiagnostischen Daten ein besonderer Problembereich für den Patienten ableiten läßt.

#### *a) Informationsvermittlung*

Das bei den Patienten oft trotz langer Krankheitsdauer bestehende Informationsdefizit bezüglich möglicher Ursachen und wirksamer Therapiemaßnahmen kann zu Verunsicherung, mangelhafter Compliance und häufigem Arztwechsel führen. Eine auch den Juck-Kratz-Zirkel und seine Auswirkungen einschließende Information kann hier Abhilfe schaffen und zudem die individuellen Beeinflussungsmöglichkeiten aufzeigen, um so ein subjektives Gefühl von Kontrolle zu erreichen.

#### *b) Selbstbeobachtung*

Die angeleitete Selbstbeobachtung des Patienten hat zwei Ziele: Zum einen soll der Patient sensibilisiert werden für mögliche individuelle Zusammenhänge zwischen Hautzustand und psychischen Belastungen. Damit können besonders schwierige Situationen identifiziert und einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden (siehe Streßbewältigung). Zum anderen soll über eine Protokollierung des Kratzverhaltens – z. B. in Tagebuchform

– eine Rückmeldung für den Patienten erreicht werden, auf der dann Maßnahmen zur Kratzreduktion aufbauen können.

#### *c) Entspannungstraining*

Um eine Alternative zur Spannungsreduktion durch Kratzen bereitzustellen und die allgemeine vegetative Erregung zu regulieren, sollte eine Entspannungstechnik (progressive Muskelrelaxation, autogenes Training) vermittelt werden.

#### *d) Kratzkontrolle*

Hierunter werden diverse Techniken subsumiert, die statt des Kratzens zur Juckreizverminderung eingesetzt werden können (z. B. alternative Hautstimulation, Benutzung eines «Kratzklötzchens» als Ersatzobjekt, habit-reversal-Training mit Unterbrechung der motorischen Automatismen und Etablierung eines antagonistischen Bewegungsablaufes).

#### *e) Streßbewältigung*

Da es meist nicht möglich ist, der so häufig ausgesprochenen Empfehlung «Vermeiden Sie Streß» zu folgen, sollten stattdessen Möglichkeiten zum besseren Umgang mit ihm eingeübt werden. Geeignet ist dafür z. B. das Streßimpfungstraining nach MEICHENBAUM (1991). Dabei sollten die zuvor identifizierten, individuellen Belastungssituationen in den Übungen im Vordergrund stehen.

#### *f) Interaktionsübungen*

Wie weiter oben dargestellt, können soziale Interaktionen durch die Dermatitis belastet sein. Im Rahmen eines Interaktionstrainings werden besonders schwierige Themen wie Kontaktaufnahme, Grenzen setzen usw. in Form von Rollenspielen geübt und anschließend im Alltag erprobt.

Die beschriebenen Interventionen lassen sich besonders ökonomisch im Rahmen einer Gruppenbehandlung durchführen, was zudem den Vorteil hat, daß die Patienten im Rahmen sozialer Vergleichsprozesse eine Relativierung der Bedeutsamkeit ihrer Erkrankung erfahren. Neben den genannten Verfahren ist in nicht wenigen Fällen ergänzend oder alternativ eine *Einzeltherapie* erforderlich. Dies vor



allem dann, wenn es um die Bearbeitung grundlegender Konflikte wie Autonomieprobleme und Nähe-/Distanzschwierigkeiten geht, die sich nicht mehr nur im Rahmen einer Krankheitsverarbeitungsstörung verstehen lassen. In diesen Fällen ist in erster Linie eine *tiefenpsychologisch fundierte* oder *analytische Therapie* zu erwägen. Auch nach eigener Erfahrung wird manchmal eine fest vereinbarte Therapie nach kurzer Zeit vom Patienten abgebrochen, da offenbar der enge Kontakt, obwohl gesucht, nicht ertragen werden kann. (Möglicherweise wird eine *Verhaltenstherapie*, bei der das Ausmaß an Nähe in der therapeutischen Beziehung recht klar definiert ist, von solchen Patienten eher toleriert.) Ausgehend von der Nähe-/Distanz-Problematik und der Erfahrung, daß längerfristige psychotherapeutische Angebote nur selten von Hautkranken wahrgenommen wurden, hat DETIG (1989) in einer psychotherapeutischen Ambulanz 27 Hautpatienten, darunter zahlreiche mit Neurodermitis, eine mehrstündige *psychoanalytisch orientierte Beratung* angeboten. 16 Patienten nahmen an allen fünf vorgeschlagenen Gesprächsterminen teil, was als zustimmende Resonanz gewertet wurde. Neben der angstreduzierenden Funktion, die das eingegrenzte Setting in den meisten Fällen mit sich brachte, war aufgrund des teilweise hohen Beziehungsangstpotentials ein aktives Entgegenkommen des Therapeuten erforderlich (z.B. häufiges Fragen, Einbringen von gegenübertragungsinduzierten Gefühlen wie «ich traue mich nun gar nicht, Ihnen zu nahe zu kommen»). Die Autorin verstand ihr begrenztes Beratungsangebot als Überbrückung der Lücke zwischen rein somatischer Behandlung und längerfristiger Psychotherapie, zu der eine bemerkenswerte Zahl von Patienten auch motiviert werden konnte.

## 5. Psoriasis vulgaris

### 5.1 Symptomatik und Verlauf

Die Psoriasis (abgeleitet vom griechischen «psora»: Schuppung, Krätze) ist eine chronisch-entzündliche Dermatose, deren Er-

scheinungsbild gekennzeichnet ist durch scharf begrenzte, gerötete, manchmal juckende Herde unterschiedlicher Größe und Gestalt, die mit silbrig-weißen Schuppen bedeckt sind.

Die Schuppung ist auf eine stark beschleunigte Bildung nicht ausreichend differenzierter Epidermiszellen zurückzuführen, die Rötung beruht auf einer durch Entzündungsvorgänge deutlich gesteigerten Durchblutung in den Krankheitsherden. Die Schuppen haften nur locker und lassen sich leicht im ganzen abheben bzw. fallen von selbst ab. Die Prädisloktionsstellen der Psoriasis sind die Streckseiten der Extremitäten, insbesondere Ellenbogen und Knie, die Kreuzbeingegend sowie der behaarte Kopf. Häufig kommt es zu Nagelveränderungen, in etwa 5 Prozent besteht eine (Psoriasis-)Arthritis. Als Maximalvariante kann die gesamte Hautoberfläche betroffen sein (Erythrodermie), was durch die gravierende Störung des Kreislaufes – z. B. durch Eiweißverlust – ein lebensbedrohliches Krankheitsbild darstellt.

Die Verlaufsvarianz der Psoriasis ist groß; Erstmanifestationen kommen in jedem Lebensalter vor, wobei sie insgesamt im Erwachsenenalter häufiger als im Kindesalter sind. Häufigkeitsgipfel konnten für die Altersstufen 27 und 54 Jahre (Männer) bzw. 15 und 54 Jahre (Frauen) gesichert werden. Ausdehnung und Schwere können sehr unterschiedlich sein, und auch die Rezidivhäufigkeit schwankt extrem (eine Eruption im Leben bis hin zu ständigen Schüben). Es kann jederzeit zu einer dauerhaften Besserung bis zur Erscheinungsfreiheit kommen, jedoch auch zu Rezidiven nach jahrelangem erscheinungsfreiem Intervall (vgl. STEIGLEDER, 1983).

### 5.2 Epidemiologie und ätiologische Überlegungen

Die Psoriasis ist eine noch häufigere Hauterkrankung als die atopische Dermatitis; sie tritt bei etwa 2 Prozent der Bevölkerung auf. Bezüglich der Geschlechter besteht eine Gleichverteilung. Prognostische Aussagen lassen sich aufgrund des beschriebenen variierenden Verlaufs nicht sicher stellen; es gibt zur Zeit noch keine Prophylaxe; die Krankheit ist nicht heilbar.

Die Anlage für eine Psoriasis ist erblich, der Erbgang ist noch umstritten (autosomal-

dominant vs. polygen). Für eine phänotypische Manifestation müssen zur genetischen Disposition zusätzliche Provokationsfaktoren hinzukommen wie z. B. starke Klimaschwankungen, Streptokokkeninfektionen, Medikamente, psychische Belastungen.

Erklärungsansätze zu den Ursachen sind noch nicht in einem einheitlichen Modell integriert. Angenommen werden unter anderem Störungen im Reifungsprozeß der Epidermiszellen, in wachstumsregulierenden Systemen (Verringerung des cAMPs in psoriatischen Oberhautzellen; Prostaglandinregulation), in immunologischen Mechanismen (Suppressor-Zell-Defekt, Autoimmunreaktionen), in der Mikrozirkulation oder in subepidermalen Bindegewebszellen (Fibroblasten) (vgl. STANGIER et al., 1987).

### 5.3 Persönlichkeitsaspekte, psychische Belastungen und Krankheitsverarbeitung

Bezüglich der Befundlage zum Aspekt einer psoriasispezifischen Persönlichkeit ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der atopischen Dermatitis. Ältere Studien beschreiben mannigfaltige «typische» Persönlichkeitszüge, die jedoch in neueren Untersuchungen nicht bestätigt wurden. Insgesamt ergibt sich aus den methodisch sauberen Studien, daß Psoriaticer im Mittel eher eine unauffällige (vielleicht aber auch «pseudo-normale») Persönlichkeit haben. Einer näheren Untersuchung bedarf die Annahme, daß bei Psoriaticern der Ausdruck aggressiver Gefühle gehemmt ist. Die bisher in diese Richtung weisenden Studien beruhen zwar auf kleinen Stichprobenumfängen, stimmen jedoch in ihrer Grundaussage überein. Betrachtet man entsprechend der Erkrankungsschwere gebildete Untergruppen von Psoriaticern, so zeigt sich, daß schwer und mittelschwer Erkrankte sich von nur wenig Betroffenen deutlich in den Dimensionen Depressivität, soziale Ängstlichkeit usw. im Sinne einer klinisch relevanten Beeinträchtigung unterscheiden. Dies kann als Beleg für die möglichen psychischen Folgeprobleme der Psoriasis gewertet werden, durch welche die Indikation für eine ergänzende Psychotherapie bei einer Teilgruppe der Psoriaticer gegeben sein kann. In die gleiche Richtung weist auch der Befund, daß bei

männlichen Psoriaticern eine signifikante Komorbidität mit Alkoholismus besteht (vgl. HUCKENBECK-GÖDECKER, 1992).

Zur Frage der Auslösung von Psoriasis-schüben durch psychische Belastungen liegen zahlreiche retrospektive Arbeiten vor, die in der Mehrheit für einen *moderaten Zusammenhang von Streß und Psoriasisrezidiven* sprechen, der insgesamt jedoch weniger eindeutig als bei der atopischen Dermatitis ist. Insbesondere die von den Autoren häufig beschriebene lange Latenz zwischen dem Streßerlebnis und dem Auftreten eines Schubes (bis zu einem Monat) legt die Frage nahe, inwieweit es sich bei den Antworten der Betroffenen mehr um die Suche nach einem Auslöser bei einer als unkontrollierbar erlebten Erkrankung als um einen tatsächlich kausalen Zusammenhang handelt. Die vorliegenden prospektiven Studien zu dieser Frage bringen insofern keine Klärung, als ihre Ergebnisse widersprüchlich sind und auf sehr kleinen Stichproben beruhen.

Während bei der atopischen Dermatitis der Juck-Kratz-Zirkel im Vordergrund der Krankheitsverarbeitung steht, ist bei der Psoriasis das zentrale Problem eine mögliche *Entstehung durch die sichtbaren Hautläsionen*. Eine Reihe von Behandlern vertreten sogar den Standpunkt, daß die Psoriasis ihren Krankheitswert erst durch diese potentielle Stigmatisierung und die daraus folgenden *Einschränkungen sozialer Interaktionen* erhält. Dabei ist ein wichtiger Aspekt die mangelnde Aufgeklärtheit sowohl der Betroffenen selbst als auch ihrer unmittelbaren Sozialpartner. So begegnen Psoriaticer häufig dem Fehlurteil, daß Psoriasis ansteckend sei, und werden dementsprechend gemieden. Ein Vergleich mit der altertümlichen Absonderung Aussätziger liegt nahe und wird von den Betroffenen selbst oft gezogen. Im Alltag wirkt sich die Erkrankung ganz unmittelbar aus auf die Wahl der Kleidung (Verstecken der erkrankten Haut und der Schuppen), auf die Vermeidung von Orten wie Schwimmbädern, Friseursalons, Parties usw., aber auch auf Partnerschaft und Sexualität. Die hinzukommende Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs ist zwar nicht spezifisch für die Psoriasis, aber hier besonders ausgeprägt, sie führt zusätzlich zu einem Gefühl des

Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit, was wiederum eine erhöhte Depressivität zur Folge haben kann.

#### 5.4 Psychotherapeutische Maßnahmen

Vor diesem Hintergrund erstaunt es, wie wenig sich bislang die Psychotherapieforschung im Rahmen kontrollierter Studien um die Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur begleitenden Behandlung bei Psoriasis bemüht hat. Ermutigende Studien liegen zum Effekt von *Entspannungs-* und *Imaginationsverfahren* sowie in Einzelfällen zur Wirksamkeit von Hypnose vor. Spezifischere Ansätze im Rahmen von *Gruppenpsychotherapien* integrieren häufig den *Selbsthilfegedanken*, der in Deutschland durch den Deutschen Psoriasis Bund sehr stark vertreten ist. Dabei leitet entweder ein Team aus professionellem Behandler und Betroffenen die Gruppe an (z. B. BREMER-SCHULTE et al., 1985), oder speziell geschulte und supervidierte Betroffene haben allein die Leiterfunktion (DE KORTE u. VINTURA, 1981). Inhaltlich ähneln sich die Konzepte sehr: Neben einer umfassenden Information über die Erkrankung (vermutete Krankheitsursachen, Behandlungsmöglichkeiten usw.) sowie einem Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander, durch den soziale Vergleichsprozesse gefördert werden sollen, liegt ein Schwerpunkt auf einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen (z. B. mittels Rollenspielen) und einer *«De-Identifikation» mit der Haut*. Das heißt, die im Verlauf der Erkrankung häufig auftretende Identifikation mit der kranken, häßlich-ekelerregenden Haut soll rückgängig gemacht werden, so daß der Betroffene sich wieder als Individuum mit einem Hautproblem wahrnimmt, das noch durch viele andere Eigenschaften gekennzeichnet ist. Ausgehend davon, daß die Psoriasis in vielen Fällen als *«Spannungsregulator»* bei psychischem Streß dient, muß die Psychotherapie nach DE KORTE (1982) vor allem auf die Entwicklung von Einsicht und nicht (nur) auf eine Besserung der Krankheit ausgerichtet sein, d. h., der Patient muß sich der psychischen Probleme, die er als Folge der Hautkrankheit hat, bewußt sein und bereit sein, daran zu ar-

beiten. Das umfaßt auch eine Reflektion der Einstellungen des Erkrankten zu seinem Körper und den damit verbundenen tatsächlichen oder befürchteten Unterstellungen (Infektiosität, Unsauberkeit). Die Wirksamkeit dieser begleitenden Gruppentherapie konnte befriedigend gezeigt werden, beruht jedoch noch auf sehr geringen Fallzahlen, so daß hier weitere Forschung notwendig scheint.

## 6. Chronische Urtikaria

### 6.1 Symptomatik, Verlauf und Epidemiologie

Das charakteristische Symptom der Urtikaria sind stark juckende Quaddeln, wie sie auch bei einer Berührung mit Brennesseln oder bei Insektenstichen entstehen. Unabhängig von der jeweiligen Auslösebedingung kommt es über die Freisetzung vasoaktiver Mediatoren, vor allem des Histamins, aber auch von Prostaglandinen, Kininen oder Bestandteilen des Komplementsystems zu einer Permeabilitätszunahme der Kapillaren und Venolen. In der Folge entsteht ein vermehrter Flüssigkeitsaustritt aus den Gefäßen, wodurch ein Ödem der oberen Dermis hervorgerufen wird. Eine Extremvariante der Urtikaria ist das *Quincke-Ödem*, bei dem es im Bereich der Augenlider, Lippen und der Schleimhäute zu einer flächenhaften ödematösen Umwandlung des subkutanen Gewebes kommt, die bei Befall des Kehlkopfes lebensbedrohlich sein kann.

In der Regel bilden sich die Quaddeln innerhalb kurzer Zeit (wenige Stunden) zurück. Bei wiederkehrenden Quaddeleruptionen von bis zu sechs Monaten spricht man von einer akuten, danach von einer chronischen Form. Tritt die Urtikaria ohne Quincke-Ödem auf, so kann in 50 Prozent der Fälle mit einem Abheilen innerhalb eines Jahres gerechnet werden, bei etwa 20 Prozent bleiben die Symptome mehr als 20 Jahre bestehen (STEIGLEDER, 1983).

Während bei der akuten Form häufig die auslösenden Noxen identifiziert werden können (Allergene, Kälte, Wärme, Druck usw.), ist die Ursachensuche bei der chronischen Variante bei etwa 70 Prozent erfolglos. In diesem Zusammenhang wurde deshalb schon

früh die Möglichkeit einer Auslösung durch psychische Faktoren diskutiert.

Die Angaben zur Prävalenz sind ungenau; angenommen wird, daß etwa 20 Prozent der Bevölkerung einmal im Leben von einer Urtikaria betroffen sind.

## 6.2 Persönlichkeitsaspekte, psychische Belastungen und Krankheitsverarbeitung

Die chronische Urtikaria ist neben dem atopischen Ekzem die dermatologische Erkrankung, die am häufigsten auf emotionale Störungen zurückgeführt worden ist. Auch hier führte die Suche nach einem spezifischen Persönlichkeitsprofil nicht zu übereinstimmenden Ergebnissen, wiederholt wurden jedoch eine erhöhte Ängstlichkeit und Depressivität bei Urtikariapatienten beschrieben (z. B. SPERBER et al., 1989). Wie schon mehrfach diskutiert, sind diese Symptome wahrscheinlich eher Folge als Ursache der Erkrankung.

Die retrospektiven Studien zum Bereich «Streß und Urtikariaauslösung» kommen übereinstimmend zu dem Befund, daß etwa bei der Hälfte der Patienten ein deutlicher Zusammenhang zwischen *belastenden Lebensereignissen* und einer *Erstmanifestation* der Urtikaria besteht. Weniger klar ist die Beziehung zwischen akuten, alltäglichen Stressoren und kurzfristiger Quaddelbildung. Eine prospektive Studie von SCHUBERT (1989) über einen Zeitraum von einem bzw. drei Monaten hinweg führt zu dem Ergebnis, daß bei einer der untersuchten drei Patientinnen ein extrem enger Zusammenhang zwischen der emotionalen Befindlichkeit und einer unmittelbar folgenden Quaddelbildung besteht, während bei einer anderen Teilnehmerin nur minimale Korrelationen gefunden wurden. Eine Konsequenz dieser Studie ist die Empfehlung, frühzeitig psychodiagnostische Schritte (z. B. Symptomprotokoll) in die allgemeine Diagnostik aufzunehmen, da psychische Faktoren (nur) bei einer Untergruppe, aber da von hervorragender Bedeutung zu sein scheinen.

Die durch die Urtikaria entstehenden Belastungsfaktoren bestehen subjektiv vor allem in dem mit den Quaddeln einhergehenden starken Juckreiz, der jedoch in der Regel nicht zu Exkorationen führt, sowie der extensiven, aber oft erfolglosen Suche nach den Ursachen. Dies beschreibt treffend die Aussage einer Patientin: «Mit den Quaddeln könnte ich mich ja noch arrangieren, die gehen ja meist schnell wieder weg. Aber diese dauernden neuen Tests und Abklärungen einer weiteren möglichen Ursache machen mich ganz fertig. Jedesmal eine Enttäuschung mehr.» Daneben ist ähnlich wie bei der Psoriasis der unvorhersehbare Verlauf der Erkrankung mit einem deutlichen Kontrollverlust verbunden, der in schweren Fällen auch zu einer Depression führen kann.

## 6.3 Psychotherapeutische Maßnahmen

Bisher liegen ausschließlich Einzelfallberichte zur Psychotherapie bei Urtikariapatienten vor. Übereinstimmend berichten sie über einen Rückgang der Häufigkeit von Quaddeleruptionen bis hin zur völligen Erscheinungsfreiheit unter der Psychotherapie. Die eingesetzten Interventionen sind ebenfalls vergleichbar. So wurde in allen Fällen mit einem Entspannungsverfahren gearbeitet, ein zweiter Schwerpunkt war die Einübung von Bewältigungsstrategien für den Umgang mit belastenden Situationen. Dabei waren am häufigsten die Emotionen Angst und Ärger mit einem Urtikariaschub verbunden, eine adäquate Möglichkeit zum Emotionsausdruck fehlte den Patienten und wurde im Rahmen der Psychotherapie erarbeitet.

Diese Ergebnisse sind zwar insgesamt sehr ermutigend, bedürfen jedoch der Bestätigung im Rahmen kontrollierter Studien mit größeren Stichprobenumfängen.

## 7. Akne vulgaris

### 7.1 Symptomatik, Verlauf und Epidemiologie

Bei der Akne vulgaris kommt es durch eine Verstopfung der Talgdrüsen mit einem Hornpfropf, der primären Effloreszenz, zu einer Abflußstörung des Talges, in welchem sich vermehrt Bakterien bilden. Der Talg wird in freie Fettsäuren umgewandelt, und es kommt zu entzündlichen Abwehrreaktionen. Die eindringenden Leukozyten schädigen die Follikelwand. Talg, freie Fettsäuren usw. dringen in das Gewebe ein und führen zu den sichtbaren entzündlichen Sekundäreffloreszenzen in Form von Papeln, Pusteln und Abzessen. Prädilektionsstellen sind die Körperregionen mit großen Talgdrüsen, d. h. Gesicht, Schulter, oberer Brustbereich und Rücken. Die Erstmanifestation liegt in der Regel in der Pubertät, die durch die beginnende Hormonproduktion auslösende Wirkung hat. (Beim Doping der Sportler mit Anabolika ist Akne daher ein verdächtiges Symptom.) Die Erkrankung kann sich bis in den Beginn des dritten Lebensjahrzehnts hinein erstrecken oder nach wenigen Jahren mit und ohne Narbenbildung abheilen. Die Akne ist beim männlichen Geschlecht häufiger als bei Frauen. Insgesamt sind etwa 80 Prozent aller Jugendlichen von einer Variante der Akne betroffen, die schweren Verlaufsformen sind jedoch deutlich seltener.

### 7.2 Psychische Belastungen und Krankheitsverarbeitung

Obwohl psychischen Faktoren keine Rolle bezüglich der Genese der Akne zugeschrieben wird und somit auch kaum Untersuchungen zum Aspekt einer spezifischen Persönlichkeit vorliegen, gibt es eine Reihe von Studien, die einen Zusammenhang zwischen Streß und einer Akneverschlechterung zeigen konnten. Aufgrund ihres prospektiven Ansatzes ist hier besonders eine Untersuchung von KRAUS (1974) hervorzuheben, in der die Auswirkungen von Prüfungsstreß auf die Menge und Zusammensetzung der Oberflächenlipide sowie

die Anzahl der Akneläsionen überprüft wurden. Jeweils kurz vor der Streßsituation (Prüfung selbst und Bekanntgabe der Ergebnisse) zeigte sich ein signifikanter Anstieg des Anteils freier Fettsäuren im Serum sowie der Anzahl der Akneläsionen, was in zeitlicher Distanz zu diesen Ereignissen jeweils nicht der Fall war. Modelle zum vermittelnden Mechanismus zwischen Streß und Akneverschlimmerung sind noch weitgehend spekulativer Natur und beziehen sich zum einen auf die bereits bei der atopischen Dermatitis gezeigte Beeinflussbarkeit von Entzündungsvorgängen durch psychische Faktoren. Zum anderen wird angenommen, daß die hormonellen Vorgänge, welche die Talgdrüsenproduktion steuern, durch Streß modifizierbar sind.

Wie im Falle der Psoriasis steht auch bei der Akne die Sichtbarkeit der Hautveränderungen ganz im Vordergrund. Erschwerend kommt hinzu, daß die Pubertät eine besonders sensible Phase für die Bildung des Selbstwertgefühls ist, gerade auch durch den Erfolg beim anderen Geschlecht sowie überhaupt durch die Rückkoppelung aus sozialen Interaktionen. Das *subjektive Beeinträchtigungsfühl* muß dabei nicht mit dem objektiven Befund übereinstimmen und sollte immer auch Gegenstand des ärztlichen Gespräches sein. Daß Aknepatienten häufig ungünstige Verarbeitungsformen entwickeln, belegt eine Studie von SCHOLZ (1987), in welcher der Copingstil der «sozialen Abkapselung» am deutlichsten zwischen hautgesunden und von Akne betroffenen jungen Erwachsenen differenzierte. Naheliegender ist, daß bei selbstunsicheren Menschen der in zwischenmenschlichen Situationen auftretende Streß aknefördernd wirkt.

### 7.3 Psychotherapeutische Maßnahmen

Positive Effekte von Entspannungs- und Imaginationsübungen ließen sich in ersten Studien zur Psychotherapie bei Aknepatienten zeigen. Noch keine kontrollierten Untersuchungen liegen dagegen zur Wirksamkeit von häufig vorgeschlagenen Maßnahmen wie

Training sozialer Kompetenzen, Körperübungen usw. vor. Allerdings lassen sich aus dem Erfolg ähnlicher Interventionen bei der Psoriasis positive Erwartungen ableiten. Daneben muß bei schweren Formen der Akne immer auch die Entwicklung einer Depression beachtet und gegebenenfalls entsprechend behandelt werden.

## 8. Virusinfektionen der Haut

### 8.1 Verrucae vulgares (Warzen)

Diese häufig vorkommenden benignen Neubildungen der Haut werden von Viren des Typs Papilloma hervorgerufen. Die vulgäre Warze kommt hauptsächlich an Fingern, auf Hand- und Fußrücken, an Handgelenken sowie im Gesicht vor. Spontanheilungen sind ebenso beschrieben worden wie die Wirksamkeit von unkonventionellen Methoden wie «Besprechen» usw. Insbesondere diese Ergebnisse haben zu der Annahme geführt, daß Warzen einer psychischen Beeinflussung zugänglich sein könnten. Im Rahmen der Psychoneuroimmunologie wurden dann mögliche Wege der Modulation immunologischer Vorgänge und damit auch viraler Infektionen durch zentralnervöse Prozesse aufgezeigt. Dabei haben sich die meisten Studien bisher auf die Überprüfung der Wirksamkeit von Suggestionen und Hypnose konzentriert. Die am besten kontrollierte Studie von SPANOS et al. (1988) kommt zu dem Ergebnis, daß Suggestionen eine Warzenverminderung bewirken können und daß Hypnose gegenüber einer reinen Suggestion keine Vorteile hat. Wichtig für den Behandlungseffekt war jedoch, daß die Betroffenen eine zumindest moderate Erfolgserwartung haben mußten, andernfalls konnten keine Besserungen bewirkt werden.

### 8.2 Herpes simplex und Herpes genitalis

Unter Herpes versteht man eine lokalisierte, virusbedingte Bläscheneruption der Haut oder Schleimhaut, die häufig rezidiert. Es konnten bisher zwei Haupttypen des Herpes-simplex-Virus (HSV) identifiziert werden:

Typ 1 verursacht v. a. Eruptionen im Bereich der Mundschleimhaut und der Lippen (Herpes labialis), Typ 2 führt zu Bläschen in der Genital- und Glutealregion. Es besteht eine hohe Durchseuchungsrate mit HSV in der Bevölkerung, wobei nur bei einer Untergruppe nach der Erstinfektion Rezidive auftreten. Etwa 70 Prozent bis 90 Prozent der Bevölkerung bleiben Virusträger, behalten einen kontinuierlichen Antikörpertiter im Blutserum und sind darunter erscheinungsfrei. Zu einer Ansteckung kann es über infizierte Körperflüssigkeiten kommen, wobei eine Übertragung nur bei Abwesenheit von Antikörpern möglich ist.

Die Überlegungen zu einer psychischen Beeinflussbarkeit des Herpes haben die gleichen Grundlagen, wie sie bei den Verrucae bereits beschrieben wurden. Aus den vorliegenden Studien ergibt sich jedoch ein insgesamt inhomogenes Bild. Die einzige prospektive Untersuchung (LUBORSKY et al., 1976) kann keinen Zusammenhang zwischen der emotionalen Befindlichkeit und Herpeslabialis-Rezidiven, erhoben über einen Zeitraum von drei Monaten, feststellen, während die auf einem retrospektiven Design beruhenden Untersuchungen dies durchgängig aufzeigen. Dies gilt sowohl für Herpes simplex als auch für Herpes genitalis.

Unbestritten sind jedoch die oft ausgeprägten psychischen Folgeprobleme im Rahmen der Krankheitsverarbeitung. Während bei der labialen Form die Sichtbarkeit der Läsionen am stärksten beeinträchtigend wirkt, steht bei der genitalen Variante die Angst vor einer Zurückweisung durch Sexualpartner im Vordergrund. In den USA hat sich bereits eine Selbsthilfegruppe gebildet, in der man, wie bei den Anonymen Alkoholikern, seine Identität nicht aufdecken muß. Häufig wird von Betroffenen auch die Angst geäußert, für promiskuitiv gehalten zu werden und damit nicht nur Befürchtungen bezüglich einer Herpesansteckung beim potentiellen Partner zu wecken, sondern auch bezüglich einer Übertragung des AIDS-Virus.

Ansätze zu psychologischen Interventionen sind bisher noch wenig elaboriert und gehen über Fallberichte nicht hinaus.

## Literatur

- ADER R, FELTEN DL, COHEN N (eds): Psychoneuroimmunology. Academic Press, Orlando 1991
- ALEXANDER F: Psychosomatische Medizin. de Gruyter, Berlin, 1951
- ANZIEU D: Das Haut-Ich, 3. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1992
- BOSSE K, FASSHEBER P, HÜNECKE P, TEICHMANN AT, ZAUNER J: Zur sozialen Situation des Hautkranken als Phänomen interpersoneller Wahrnehmung. Z Psychosom Med Psychoanal 21, 3–61, 1976
- BREMER-SCHULTE M, CORMANE RH, DIJK EV, WUITE J: Group therapy of psoriasis. Duo formula group treatment (DFGT) as an example. J Amer Acad Dermatol 12, 61–66, 1985
- BROCQ L, JACQUET L: Notes pour servir à l'histoire des neurodermatites. Ann Dermatol Syphiligr 97, 193–196, 1891
- DETIG C: Hautkrank: Unberührbarkeit aus Abwehr? Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1989
- GIL KM, KEEFE FJ, SAMPSON HA, MCCASKILL CC, RODIN J, CRISSON JE: The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. J Psychosom Res 31, 673–684, 1987
- HARLOW HF: The nature of love. Am Psychol 13, 673–685, 1958
- HERMANN N: Kognitive Wirkfaktoren auf Juckreiz und Hautreagibilität bei der atopischen Dermatitis. Kovac, Hamburg 1991
- HUCKENBECK-GÖDECKER B: Psychologische Aspekte der Psoriasis. Überblick über die aktuelle Forschung. Wissenschaftliches Beiheft 8 zum PSO Magazin, 2. überarb. u. erw. Fassung, 1992
- KING RM, WILSON GV: Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. J Psychosom Res 35, 697–706, 1991
- KOBLENZER CS: Psychocutaneous disease. Grune & Stratton, Orlando 1987
- DE KORTE J: Psychotherapeutische Möglichkeiten bei Psoriasis. Aktuel Dermatol 8, 160–162, 1982
- DE KORTE J, MUSAPH H: The psychological and behavioral basis of dermatological disease. In BYRNE DG, CADDY GR (eds) Behavioral medicine: International perspectives, p. 241, Ablex Publishing Corporation, Norwood/New Jersey 1992
- DE KORTE J, VINTURA L: Training of non-professional helpers in psoriasis. In KOPTAGEL-İLAL G (ed) Proceedings of the 13th European Conference on Psychosomatic Research, p. 565, Bozak, Istanbul 1981
- KRAUS SJ: Stress, acne and skin surface free fatty acids. In INSEL PM, MOOS RH (eds) Health and the social environment. Heath & Company, Lexington 1974
- LIEDTKE R: Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern. Springer, Berlin 1987
- LUBORSKY L, MINTZ J, BRIGHTMAN VJ, KATCHER AH: Herpes simplex virus and moods: A longitudinal study. J Psychosom Res 20, 543–548, 1976
- MEDANSKY RS: Dermatopsychosomatics: An overview. Psychosomatics 21, 195–200, 1980
- MEICHENBAUM D: Intervention bei Streß – Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstrainings. Huber, Bern 1991
- MONTAGU A: Körperkontakt, 7. Aufl., Klett, Stuttgart 1992
- MÜNZEL K: Atopische Dermatitis: Ergebnisse und Fragen aus verhaltensmedizinischer Sicht. Verhaltensmodifikation Verhaltensmedizin 3, 169–193, 1988
- NIEBEL G: Verhaltensmedizinisches Gruppentraining für Patienten mit atopischer Dermatitis in Ergänzung zur dermatologischen Behandlung; Pilotstudien zur Erprobung von Selbsthilfestrategien. Verhaltensmodifikation Verhaltensmedizin 11, 24–44, 1990
- RECHARDT E: An investigation in the psychosomatic aspects of prurigo besnier. Monographs from the Psychiatric Clinic of the Helsinki University Central Hospital, Helsinki 1970
- RECHENBERGER I: Dermatologie. In HAHN P (Hrsg.) Kindlers «Psychologie des 20. Jahrhunderts», Psychosomatik Bd. 2, S. 239, Beltz, Weinheim 1983
- RING J, PALOS E: Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. II. Hautarzt 37, 609–617, 1986
- RING J, PALOS E, ZIMMERMANN F: Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. I. Hautarzt 37, 560–567, 1986
- RUSSELL M, DARK KA, CUMMINS RW, ELLMAN G, CALLAWAY E, PEEKE HVS: Learned histamine release. Science 225, 733–734, 1984
- SCHOLZ OB: Empirische Untersuchungen zur Beeinflussung der Akne vulgaris durch psychische Faktoren. In GERBER WD, MILTNER W, MAYER K (Hrsg.) Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Perspektiven interdisziplinärer Forschung. Edition Medizin, VCH, Weinheim 1987
- SCHUBERT HJ: Psychosoziale Faktoren bei Hauterkrankungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1989
- SPANOS NP, STENSTROM RJ, JOHNSTON JC: Hypnosis, placebo, and suggestion in the treatment of warts. Psychosom Med 50, 245–260, 1988
- SPERBER J, SHAW J, BRUCE S: Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. Psychother Psychosom 51, 135–141, 1989

- SPITZ R: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart 1967
- STANGIER U, ESCHSTRUTH J, GIELER U: Chronische Hautkrankheiten: Psycho-physiologische Aspekte und Krankheitsbewältigung. Verhaltenstherap Psychosoz Praxis 3, 349–368, 1987
- STANGIER U, GIELER U, EHLERS A: Der Marburger Neurodermitis-Fragebogen (MNF) – Entwicklung eines Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Neurodermitis. In GIELER U, STANGIER U, BRÄHLER E (Hrsg.) Hauterkrankungen in psychologischer Sicht, S. 115, Hogrefe, Göttingen 1993
- STEIGLEDER GK: Dermatologie und Venerologie. Thieme, Stuttgart 1983
- THOMÄ H: Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. Psyche 34, 589–624, 1980
- WILSON E: Diseases of the skin. Churchill, London 1867



# O. Gynäkologische Erkrankungen

BERNHARD STRAUSS

## 1. Psychosomatische Problemfelder in der Gynäkologie

Das Interesse an psychosomatischen Aspekten in der Gynäkologie und Geburtshilfe hat mittlerweile ein erstaunliches Ausmaß erreicht. Für die große Bedeutung der Psychosomatik in der Frauenheilkunde gibt es eine Reihe von Gründen, beispielsweise die Erkenntnis, daß man gerade hier sehr vielen psychisch bedingten oder mitbedingten Störungen bzw. Erkrankungen begegnet. Wie STAUBER (1990) anmerkt, ist derzeit eine *Geburtshilfe* ohne Einbeziehung psychosomatischer Aspekte nicht mehr vorstellbar. Vielleicht ist die Integration psychosomatischer Aspekte in die Geburtshilfe sogar ein Modell für andere medizinische Disziplinen (vgl. RINGLER u. LANGER, 1991). FELDER (1987) hat die Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung in der Gynäkologie systematisch herausgearbeitet. Sie zeigt, daß sich die gynäkologischen Interventionen «an der Funktionsfähigkeit weiblicher Reproduktionsorgane» orientieren, «die zugleich Sexualorgane sind», was «auf die tiefe Eingriffsmöglichkeit in die Identität der Frau» hinweise. Die Gynäkologen, immer noch überwiegend Männer, die «in die Schlüssellebensabschnitte der Frau» (z. B. Menarche, Menopause) involviert seien, hätten auch deshalb in der unbewußten Vorstellung vieler Frauen eine Menge von Funktionen zu erfüllen (z. B. Kontrollinstanz, Fachkraft, idealer Mensch, Substitut für Elternfigur oder Part-

ner). Ein weiterer Grund für die Bedeutung der Psychosomatik in der Frauenheilkunde ist wohl die Tatsache, daß der ärztliche Umgang mit der Patientin auch deshalb «besondere Sensibilität» verlangt (STAUBER, 1990).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die vielfältigen psychosomatischen Probleme in der Frauenheilkunde, an dem sich die folgenden Ausführungen im wesentlichen orientieren sollen. Einige Aspekte sind in anderen Kapiteln dieses Buches genauer dargestellt, so z. B. urologische Störungen (vgl. Kap. IV.E), funktionelle Sexualstörungen (vgl. Kap. IV.K) sowie psychosomatische Aspekte von Krebserkrankungen (vgl. Kap. IV.I).

Bei den in der Tabelle genannten Problemen sind psychosomatische Gesichtspunkte in mehrerlei Hinsicht bedeutend, nämlich einmal im Zusammenhang mit der Frage nach den biopsychosozialen Bedingungen einzelner Erkrankungen oder Störungen und im Hinblick auf die psychosozialen Folgen der Erkrankung und deren Behandlung. Nicht nur in der Gynäkologie sind als Folge körperlicher Erkrankungen oder spezifischer medizinischer Eingriffe oftmals psychosomatische Reaktionen zu beobachten, die in der Praxis relevant sind (vgl. Abschn. 3.8; LANGER, 1990).

## 2. Epidemiologie

Es würde zu weit führen, hier detaillierte epidemiologische Befunde zu den einzelnen Störungen darzustellen. In den folgenden Ab-

Tabelle 1: Übersicht über wichtige psychosomatische Problemfelder in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

|   | Beispiele  |
|---|--|
| <i>Entwicklungsbedingte Störungen</i>                               | Genitalmißbildungen  |
| <i>Probleme im Zusammenhang mit der Fertilität</i><br>Kontrazeption | Entscheidungskonflikte, Verträglichkeit von Kontrazeptiva; Sterilisation und Refertilisierung  |
| Zyklus  | Störungen des Zyklus und der Menstruation (prämenstruelles Syndrom, Dysmenorrhoe usw.)<br>Pseudocyesis   |
| Ungewollte Kinderlosigkeit  | Verarbeitung der «Sterilitätskrise»  |
| Schwangerschaft   | Schwangerschaftskonflikte und -abbrüche;<br>Psychische und körperliche Störungen im Schwangerschaftsverlauf; Veränderungen von Sexualität und Befindlichkeit; vorzeitige Wehentätigkeit, Hyperemesis, spontaner/habituellder Abort |
| Geburt und Postpartum   | Vorzeitige Wehentätigkeit, Geburtskomplikationen, Fehlgeburten, emotionale postpartale Störungen   |
| Klimakterium  | Klimakterische Beschwerden   |
| <i>Spezifische endokrine Störungen</i>                              | Hyperandrogenämie (androgenabhängige Symptome), Hyperprolaktinämie (Galaktorrhoe)  |
| <i>Spezifische funktionelle Störungen</i>                           | Unterleib- und Brustschmerzen, Adnexalgien, Kreuzschmerz, sexuelle Funktionsstörungen  |
| <i>Urologische Störungen</i>  | Miktionsstörungen, Harninkontinenz, Reizblase  |
| <i>Gynäkologische Onkologie</i>                                     | Verarbeitung gynäkologischer Tumoren   |
| <i>Spezifische Symptome</i>   | Fluor genitalis, Pruritus vulvae   |
| <i>Behandlungsmaßnahmen</i><br>Hormonbehandlungen                   | Psychische Effekte exogen verabreichter Hormone  |
| Chirurgische Eingriffe  | Hysterektomie, Mastektomie, In-Vitro-Fertilisation, Laparoskopie, Amniozentese, Ultraschall  |
| Technisch-apparative Maßnahmen                                      |  |

schnitten werden hierzu gelegentlich Angaben gemacht. Wichtig erscheint der Hinweis, daß eine Reihe von Problemen doch sehr bestimmend ist für die gynäkologische Praxis; dazu zählen beispielsweise Störungen des Menstruationszyklus oder die ungewollte Kinderlosigkeit (von der nach neueren Schätzungen immerhin mehr als 10 Prozent aller

Paare im reproduktionsfähigen Alter betroffen sind, STRAUSS, 1991). Bei beiden Phänomenen sind immer psychosomatische Aspekte zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die gynäkologischen Karzinome: Das Mammakarzinom ist die häufigste, das Ovarialkarzinom die dritthäufigste Krebserkrankung der Frau (vgl. WENDERLEIN, 1981). Auch bestimmte

Behandlungsmaßnahmen sind von immenser praktischer Bedeutung. Die Hysterektomie beispielsweise gehört zu den häufigsten operativen Eingriffen überhaupt. In den USA ist nach wie vor jede zweite Frau über 40 hysterectomiert, in anderen Ländern ist die Häufigkeit der Maßnahme nur unwesentlich geringer (vgl. DENNERSTEIN u. VAN HALL, 1986).

### 3. Psychosomatik

#### 3.1 Entwicklungsbedingte Störungen

Unter den entwicklungsbedingten Körperstörungen stellen verschiedene Formen der Genitalmißbildungen ein Problem in der gynäkologischen Praxis dar. Wenngleich insgesamt eher selten (die Inzidenz reicht von 1:2500 bis 1:62000), sind die häufigsten Probleme, denen der Gynäkologe begegnet, nach LANGER (1990) das Turner-Syndrom, das Adrenogenitale Syndrom, die Testikuläre Femininisierung sowie das Mayer-Rokitansky-Küster-Syndrom. Diesen Störungen ist gemein, daß sie eine endgültige Sterilität mit sich bringen. LANGER beschreibt als wesentliches Problem in diesem Kontext eine lebenslange Störung des Körperbildes sowie der sexuellen und körperlichen Identität (narzißtische Kränkung), zu deren Abwehr Verleugnung und häufig Symptombildungen eingesetzt werden. Viele Patientinnen zeigen reaktiv-depressive Züge bzw. dauerhafte depressive Verstimmungen. Diese psychischen Beeinträchtigungen werden häufig verstärkt durch diverse medizinische Maßnahmen, wie z. B. die operative Korrektur der Genitalien. In der Praxis ist es wichtig, die Eigenheiten einzelner Störungsbilder genau zu kennen (siehe dazu z. B. MONEY u. LEWIS, 1983) und die Behandlungsschritte (insbesondere die Erstdiagnosemitteilung) sehr behutsam zu planen (vgl. LANGER, 1990).

#### 3.2 Probleme im Zusammenhang mit der Fertilität

Die Fruchtbarkeit ist von fundamentaler Bedeutung für die weibliche Identität, weswegen

Beeinträchtigungen der Fertilität oftmals als schwere Belastung erlebt werden. Andererseits scheinen Störungen der Fruchtbarkeit auch ein bevorzugtes Feld für den Ausdruck ganz unterschiedlicher Konflikte und Belastungen zu sein. Des weiteren ist zu beachten, daß bestimmte Entwicklungsphasen, in denen die Fertilität sich verändert (speziell Menarche und Klimakterium), häufig mit Krisen verbunden sind. Es liegt mittlerweile eine Fülle von Forschungsbefunden vor, die belegen, daß verschiedene Störungen der Fertilität, mediert über endokrine, immunologische oder zentralnervöse Veränderungen, das Resultat von psychischen Belastungen und Konflikten darstellen, was beispielsweise WASSER und ISENBERG (1986) veranlaßte, Fertilitätsstörungen adaptiven Charakter (im Sinne einer Kompromißlösung) zuzuschreiben. In den nachfolgenden Abschnitten wird diese Auffassung belegt und gezeigt, daß Probleme mit reproduktiven Funktionen notwendigerweise immer im Kontext der Persönlichkeit einer Patientin, ihrer Lebensgeschichte und ihrer aktuellen Lebens- und Partnersituation zu betrachten sind.

##### 3.2.1 Probleme im Zusammenhang mit der Kontrazeption

Verhütungsberatung fällt nach wie vor weitgehend in den Kompetenzbereich des Gynäkologen, nicht zuletzt, weil die männlichen Partner sich in der Regel wenig an der Entscheidung für ein Kontrazeptivum, geschweige denn aktiv an der Empfängnisverhütung beteiligen (vgl. BARTH u. STRAUSS, 1986). Somit wird der Frauenarzt auch besonders häufig mit Konflikten im Zusammenhang mit der Kontrazeption konfrontiert, die sich z. B. in einer Unverträglichkeit einzelner Mittel, in einer unsachgemäßen Anwendung oder sogar in einem «Versagen» bestimmter Kontrazeptiva äußern können.

In einer Zusammenfassung von Untersuchungen zur «Verträglichkeit» verschiedener Kontrazeptiva resümieren APPELT et al. (1991), daß nur ein «geringer Prozentsatz an Frauen im gebärfähigen Alter ... Probleme mit der Kontrazeption nicht ... kennt. Sehr

komplexe Zusammenhänge zwischen Körpervorgängen und psychischem Erleben von Sexualität, Kontrazeption und Reproduktion beeinflussen den Umgang mit Verhütung». Ein weiteres Ergebnis der genannten Übersicht ist, daß besonders Frauen, die in ihrer Vorgeschichte eine bestimmte «endokrine Reaktionsbereitschaft» zeigen (z. B. Zyklusstörungen, menstruelle Beschwerden), mit größerer Wahrscheinlichkeit auch negative psychische Nebenwirkungen der Kontrazeption (nicht nur der hormonalen) empfinden. Insgesamt gesehen ist die «Akzeptabilität» von Kontrazeptiva das Resultat vieler, insbesondere kultureller, sozialer, psychodynamischer und partnerschaftlicher Faktoren, die es in der Verhütungsberatung zu berücksichtigen gilt. Während es bis heute sicher noch einen Mangel an Untersuchungen zu den Auswirkungen veränderter kontrazeptiver Möglichkeiten auf das Verständnis von Weiblichkeit bzw. von Geschlechtsunterschieden gibt, liegen zahlreiche Befunde zur Psychodynamik von *Beschwerden* im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung vor, die sich primär auf die *orale Kontrazeption* beziehen. Kurz zusammengefaßt deuten diese Befunde darauf hin, daß Probleme mit der Verhütung in erster Linie Ausdruck von (keineswegs immer pathologischen) Kinderwunschkonflikten oder von unbewußten Konflikten im Zusammenhang mit Partnerschaft und Sexualität sind. Speziell im Zusammenhang mit der «Pille» wurden immer wieder Selbstbeschädigungsängste (die vielleicht ganz real sind; man denke an die immer wieder geführte Debatte um die kanzerogene Wirkung bestimmter hormonaler Antikonzeptiva) und die Angst vor Veränderungen der eigenen Emotionalität und Sexualität als Ursache psychosomatischer Nebenwirkungen beschrieben (vgl. RICHTER u. STAUBER, 1990).

Besondere Beachtung unter den verschiedenen Möglichkeiten der Kontrazeption fand aus psychosomatischer Sicht die *Sterilisation*, welche nach neueren Schätzungen etwa 6 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter durchführen lassen, in der Regel nachdem sie bereits Kinder haben, aber auch als Reaktion auf Bedenken gegenüber anderen Kontrazeptiva. Nachuntersuchungen von sterilisierten Frau-

en (zusammengefaßt bei MEYER, 1991) belegen, daß die langfristige Akzeptanz der Tubensterilisation in der Regel gut ist (bei 90–97%). Etwa ein Sechstel der Betroffenen fühlt sich vorübergehend körperlich und/oder seelisch schlechter nach dem Eingriff. Angaben zur Häufigkeit von Problemen im Bereich der Sexualität schwanken zwischen 3 und 35 Prozent, zu Partnerproblemen zwischen 8 und 19 Prozent. In der Praxis ist zu beachten, daß der mit der Sterilisation einhergehende Verlust der Fertilität als einer Körperfunktion, die eng mit der weiblichen Identität verknüpft ist, ein gewisses Maß an Trauerarbeit nötig macht, d. h., daß depressive Phasen durchaus üblich sind, bei einigen Frauen aber oft lange andauern und psychische Folgeprobleme bedingen, wobei dann die Sterilisation unter Umständen Ausdruck nach innen gerichteter Aggression sein könnte. Den vorliegenden Untersuchungen zufolge kann man mit einer günstigen Verarbeitung rechnen, wenn die Entscheidung für die Sterilisation «frei», d. h. ohne Druck von außen gefällt werden konnte, wenn sie bewußt als kontrazeptive Maßnahme gewählt wurde, nicht im unmittelbaren Anschluß an andere medizinische Eingriffe durchgeführt wurde (z. B. Sectio), wenn die Partnerbeziehung der betroffenen Frau «ungestört» ist, ihre Persönlichkeit stabil und keine neurotischen Konflikte oder psychiatrischen Erkrankungen vorliegen. Darüber hinaus hat sich auch hier die Bedeutung einer individuellen, verständlichen und sachgerechten Beratung mehrfach gezeigt (vgl. MEYER, 1991). Häufig wurde beobachtet, daß die Sterilisation unter prognostisch ungünstigen Bedingungen bei jenen Frauen durchgeführt wurde, die den Arzt mit dem Wunsch nach *Refertilisierung* aufsuchen. Nach MEYER (1991) sind dies etwa 2 Prozent aller sterilisierten Frauen (von denen etwa 1/4 tatsächlich refertilisiert werden). Der Refertilisierungswunsch stellt nach MEYER in der Praxis auch deshalb ein Problem dar, weil die betroffenen Frauen die der «Dynamik von Fruchtbarkeit, Kinderwunsch, Partnerschaft und weiblicher Identität innewohnende Zwiespältigkeit in scheinbar schamloser, provokativer, unbedachter, aber auch verzweifelter Weise durch direkten Vollzug an ihrem Kör-

per ausagieren». Umso bedeutender ist eine genaue Abklärung der Motive, die empirischen Untersuchungen zufolge häufig im Zusammenhang mit einer neuen Partnerbeziehung oder dem Verlust eines Kindes zu sehen sind. Die Wiederherstellung eines gestörten weiblichen Selbstwertgefühls und die Stabilisierung konflikthafter Partnerbeziehungen sind weitere, häufig unbewusste Motive für die Refertilisierung, reichen also oft «über den Bereich der Kontrazeption und des generativen Verhaltens hinaus» (LANGER, 1990).

Die auch bei der Sterilisation immer wieder sichtbare «grundsätzliche Ambivalenz des Kinderwunsches» (DAVIES-OSTERKAMP, 1991) wird besonders deutlich im Zusammenhang mit *Schwangerschaftskonflikten und -abbrüchen*. Nach Untersuchungen in einem Schwerpunkt der Deutschen Forschungsgemeinschaft sind lediglich 25 Prozent aller Schwangerschaften geplant, mehr als ein Drittel sind unerwünscht. Dementsprechend steht in der BRD etwa jede dritte Frau einmal in ihrem Leben vor der Entscheidung, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder nicht; man schätzt pro Jahr 150 000 bis 300 000 Abbrüche (DAVIES-OSTERKAMP, 1991). Die Beratung bei der Abortio stellt den Arzt vor erhebliche Normenkonflikte. Nach der Übersicht von DAVIES-OSTERKAMP (1991) lassen sich keine generalisierbaren Aussagen machen über die Ausgangsbedingungen ungewollter Schwangerschaften; bei der Beratung sollte sich aber immer die Frage nach den unbewußten Motiven und dem lebensgeschichtlichen Sinn der Schwangerschaft stellen. Tiefenpsychologischen Studien zufolge ist die ungewollte Schwangerschaft häufig (speziell bei Adolescenten) Ausdruck eines erschwerten Individuationsprozesses oder der Versuch, unbefriedigte Geborgenheitswünsche, narzißtische Defizite und traumatische Verluste auszugleichen. Auch bei erwachsenen Frauen scheint die Schwangerschaft häufig der Kompensation narzißtischer Krisen zu dienen, die im Zusammenhang mit der weiblichen Identifikation stehen. Besonders bei Frauen mit wiederholten Abbrüchen finden sich gehäuft traumatische Verlusterlebnisse in der Kindheit, aus denen ein «unbewußter

Kinderwunsch» resultieren, bewußt aber nicht getragen werden kann. Empirische Befunde zur Abortio deuten an, daß Frauen im Zweifelsfall dann die Schwangerschaft abbrechen, wenn ihre Partnerbeziehung problematisch ist, wenn der Partner negativ auf die Gravidität reagiert und generell negative Zukunftserwartungen bestehen (s. a. ROEDER et al., 1994). Bei der Verarbeitung des Eingriffs werden typische Abläufe beschrieben, die charakterisiert sind durch anfängliche Erleichterung, Phasen der Depression, Angst und Schuldgefühle bis zu einer «Normalisierung». Während sich etwa 3/4 aller Frauen durch den Eingriff belastet fühlen, zweifeln nur weniger als 10 Prozent an der Richtigkeit der Entscheidung. Langfristig ist die Verarbeitung bei 80 Prozent aller Frauen günstig, während etwa 20 Prozent psychische Probleme unterschiedlichen Ausmaßes entwickeln (speziell Depressionen und neurotische Symptome). Stark beeinträchtigt scheinen langfristig nicht mehr als 10 Prozent der Betroffenen. Als Risikofaktoren für eine ungünstige Verarbeitung sind unter anderem finanzielle Probleme nachgewiesen, eine fehlende intrapsychische Trennung der Sexualität von der Reproduktion, eine fehlende bzw. problematische Partnerbeziehung und eine im Vergleich zum Partner stärkere Tendenz, die Schwangerschaft fortzuführen (vgl. DAVIES-OSTERKAMP, 1991).

### 3.2.2 Störungen des Menstruationszyklus

Nicht erst seit die endokrinologischen Grundlagen des Menstruationszyklus (etwa seit Ende der zwanziger Jahre) bekannt sind, wurden Störungen des Zyklus mit psychologischen Faktoren in Verbindung gebracht. Kaum ein regelhafter physiologischer Prozeß ist aus psychosomatischer Sicht so ausgiebig untersucht; dennoch gibt es immer noch wenig gesicherte Befunde zur Psychoendokrinologie des Zyklus, was unter anderem an zahlreichen persistenten stereotypen Vorstellungen liegt. Auch methodische Schwierigkeiten haben zu konfundierenden Ergebnissen beigetragen. Tabelle 2 zeigt die Häufigkeit menstruationsbezogener Beschwerden, wie

Tabelle 2: Häufigkeiten prämenstrueller Veränderungen der körperlichen und psychischen Befindlichkeit: Angaben aus 11 umfangreichen Studien. (Nach ASSO, 1983)

| Symptom                     | Häufigkeit prämenstruell | Häufigkeit menstruell |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Angst                       | 11–18 %                  | ?                     |
| Depression                  | 18–42 %                  | 15–24 %               |
| Reduzierte Energie          | 27 %                     | 24 %                  |
| Müdigkeit                   | 16–25 %                  | 25 %                  |
| Irritierbarkeit/Reizbarkeit | 32–67 %                  | 21–49 %               |
| Stimmungsänderungen         | 37–44 %                  | 27 %                  |
| Kopfschmerz                 | 17–29 %                  | 12–35 %               |
| Unterleibschmerzen          | 14–65 %                  | 44–92 %               |
| Rückenschmerzen             | 12–42 %                  | 26–65 %               |
| Schmerzen allgemein         | –                        | 43 %                  |
| Prämenstruelles Syndrom     | 40–75 %                  | –                     |
| Anspannung/Nervosität       | 18–52 %                  | 10–42 %               |
| Gewichtszunahme             | 24–34 %                  | 23–25 %               |
| Schwellungen                | 35 %                     | 35 %                  |
| Allg. Unwohlsein            | 25 %                     | 28 %                  |

sie in mehreren systematischen Untersuchungen berichtet wurden. Einzelne Beschwerden kommen mit einer Häufigkeit von 10 bis 92 Prozent der in den Studien befragten Frauen vor, am häufigsten werden Reizbarkeit und Stimmungsänderungen vor der Menstruation bzw. Unterleib- und Rückenschmerzen während der Menstruation berichtet. Es kann mittlerweile als gesichert gelten, daß die Mehrzahl der in Tabelle 2 genannten Beschwerden und auch andere, vereinzelt berichtete Veränderungen des Erlebens und Verhaltens im Zyklusverlauf nur zu einem geringen Teil durch die hormonellen Veränderungen bedingt sind, daß statt dessen eine Fülle von Einflußfaktoren (soziokultureller und individueller Natur, wie z. B. gelernte Erfahrungen, Einstellungen, Persönlichkeitsmerkmale und belastende Lebensereignisse) die subjektive Wahrnehmung zyklusabhängiger Veränderungen determiniert (Übersicht bei STRAUSS u. APPELT, 1991).

Nach neueren Prävalenzstudien leiden lediglich etwa 2 bis 10 Prozent aller Frauen unter derart schwerwiegenden menstruationsgebundenen Beschwerden, daß sie in ihrem Alltagsleben stärker beeinträchtigt sind und deshalb unter Umständen auch einen Arzt aufsuchen. Unter diesen Beschwerden sind die Dysmenorrhoe und das prämenstruelle Syndrom in der gynäkologischen Praxis am relevantesten. Unter der *Dysmenorrhoe* werden

vorwiegend krampfartige Schmerzen während der ersten Tage der Menstruation verstanden, die nur sehr eingeschränkt (beispielsweise bei der Endometriose) organisch oder funktionell erklärbar sind. Aus psychodynamischer Sicht wurde die Dysmenorrhoe oft als Ausdruck «gehemmter Weiblichkeit» aufgefaßt. In der primären Dysmenorrhoe sehen RICHTER und STAUBER (1990) den Ausdruck einer ambivalenten Einstellung zum Erwachsenwerden, wobei allerdings auch der unbewußten Imitation des mütterlichen Umgangs mit der Menstruation eine gewisse Bedeutung zukommt. Häufig wurde die sekundäre Dysmenorrhoe (z. B. von FRICK-BRUDER, 1986) als Ausdruck enttäuschender Erfahrungen in der Partnerbeziehung gesehen. Bei der Dysmenorrhoe, wie auch bei anderen von Schmerzen begleiteten Störungen der Menstruation, ist die Bedeutung des sekundären Krankheitsgewinns bei der Diagnostik zu berücksichtigen.

Das *prämenstruelle Syndrom (PMS)* ist gewöhnlich definiert als Symptomkomplex, der aus Unterleibschmerzen, Brustspannungen, Kopfschmerzen, Wasserretention und psychischen Symptomen wie Reizbarkeit, depressive Verstimmung und Nervosität konstituiert wird, wobei die genannten Symptome stark ausgeprägt sind und in der Zeit von etwa zwei bis zwölf Tagen vor der Menstruation auftreten. Obwohl es zum PMS eine

Vielzahl endokrinologischer Befunde gibt, ist dessen Ätiologie noch weitgehend ungeklärt. Als organische Ursachen werden in erster Linie ein spezifischer, erhöhter Östrogen-Progesteron-Quotient in der Lutealphase des Zyklus, ein Anstieg von Aldosteron, Androgenen, Prolaktin, Einflüsse von Vasopressin, eine Veränderung endogener Opiate und ein Mangel an Vitamin B<sub>6</sub> diskutiert (JÜRGENSEN, 1988). Fast ebenso vielfältig sind die Auffassungen zu den psychischen Bedingungsfaktoren des PMS. Beispielsweise wurde das PMS als Ausdruck eines (abgewehrten) intensiven Kinderwunsches oder als Korrelat einer narzißtischen Problematik (Antwort auf das Erleben von Eingebundensein in gesellschaftlich vorgegebene Weiblichkeit, vgl. FRICK-BRUDER, 1988) gesehen. In testpsychologischen Untersuchungen wurden bei Frauen mit PMS ein schwaches Selbstwertgefühl, eine negative Einstellung zur Menstruation und eine eher fatalistische Haltung gegenüber Lebensereignissen beschrieben. In einer (allerdings nichtrepräsentativen) Stichprobe von 658 Frauen mit PMS zeigten sich bei mehr als 60 Prozent aller Frauen besondere psychische Belastungen bzw. soziale Probleme (CORNEY u. STANTON, 1991). In einer Zusammenfassung der Befunde zum PMS vertritt FRICK-BRUDER (1988) folgende Auffassung: «Prämenstruell wird also der Wunsch nach einem Kind mobilisiert, aber auch die Angst davor; es werden Gefühle von Potenz und Stärke verstärkt, aber auch von Abhängigkeit und Ohnmacht. Gefühle, die von der nahenden Menstruation in einer ganz besonderen Weise symbolisiert werden. In Abhängigkeit von der Stabilität des weiblichen Selbstgefühls und der Sicherheit der sexuellen Identität kann sie mit guten Gefühlen von Wert und Unversehrtheit verbunden sein, von lebendiger Körperlichkeit und generativer Potenz bei gleichzeitiger Freiheit ... Für andere Frauen ... bedeutet die Menstruation allmonatlich Erinnerung an eine nicht vernarbte Wunde, die Gewißheit, verstümmelt, verletzt, benachteiligt, schwach oder wertlos zu sein.» Somit sei das «prämenstruelle Syndrom ... eine weibliche Lebensform. Eine ganz spezielle, keine zwingende» (S. 199 bzw. 203).

Dies dürfte auch für jene Störungen der Menstruation bzw. des Zyklus gelten, die auf einem Kontinuum von leichten Ovarialinsuffizienzen (Corpus-luteum-Insuffizienz) bis zur Amenorrhoe reichen und die eine Beeinträchtigung der funktionellen Einheit Hypophyse-Hypothalamus-Ovar gemeinsam haben. Durch psychische Einflüsse kann nach RICHTER und STAUBER (1990) ein «normaler Zyklus» jederzeit in alle funktionellen Stadien dieses Kontinuums zurückfallen (vgl. auch 3.3). Besonders ausgiebig untersucht sind unter diesen Störungen die verschiedenen Formen der *Amenorrhoe* (vgl. RICHTER u. STAUBER, 1990; DE SENARCLENS u. FISCHER, 1983). FRICK-BRUDER (1986) bezeichnet die psychogene primäre Amenorrhoe als «tief in der Persönlichkeit verankerte Ablehnung traditioneller Weiblichkeit», bei der sekundären Amenorrhoe bestünde die gleiche Grundproblematik, wobei die psychodynamische Entwicklung des Symptoms mehr variere. Während die primäre Amenorrhoe in den meisten Fällen organische Ursachen hat (z.B. die unter 3.1 genannten Störungen), vermuten RICHTER und STAUBER (1990), daß 80 Prozent aller sekundären Amenorrhoeen durch psychische Faktoren mitbedingt sind. So ist die Amenorrhoe häufig die Folge von psychischen Belastungen («Notstandsamenorrhoe») und begleitet oft psychiatrische Erkrankungen sowie Eßstörungen (vgl. Kap. IV.D). Laut RICHTER und STAUBER (1990) stellen die drei wesentlichen psychodynamischen Konfliktkreise bei der sekundären Amenorrhoe a) die unbewußte Angst vor dem Verlust von Sicherheit, Geborgenheit und Wärme dar, b) die Ablehnung oder Abwehr des Sexualtriebes sowie c) eine eher männliche Rollenorientierung. Diese Zusammenhänge sind zum Teil empirisch belegt, ebenso wie eine Häufung depressiver und zwanghafter Persönlichkeitszüge, Introversion und Minderwertigkeitsgefühle.

Eine Sonderform der Amenorrhoe stellt die *Scheinschwangerschaft* (Pseudocyesis, grosse nerveuse) dar, eine (mittlerweile sehr seltene) Störung, die neben der Überzeugung der betroffenen Frau, schwanger zu sein, charakterisiert ist durch Symptome wie Gewichtszunahme, Veränderungen des Leibumfanges, Veränderungen der Brust (inkl.

Galaktorrhoe), Haut- und Pigmentveränderungen sowie Übelkeit und Erbrechen. Angaben zur Häufigkeit der Pseudocyesis schwanken zwischen 1:200 und 1:22000, bezogen auf das Klientel der Schwangerenvorsorge. Aus psychodynamischer Sicht gilt die Pseudocyesis als Ausdruck eines «fast wahnhaft ausgelebten Kinderwunsches» ((RICHTER und STAUBER, 1990) bzw. als konversionsneurotisches Syndrom (vgl. den Fall der Anna O.). Aufgrund der komplexen Wechselwirkung von neuroendokrinen, somatischen, kulturellen, sozialen und psychodynamischen Faktoren sehen MILLER und MARICLE (1988) in der Pseudocyesis ein gutes Modell für das Zusammenwirken psychischer und somatischer Faktoren.

Unter den Störungen des Menstruationszyklus seien schließlich noch Zwischenblutungen bzw. die Metrorrhagie erwähnt, die nach Ansicht psychoanalytisch orientierter Autoren ebenfalls oft im Zusammenhang mit Schwangerschaftsängsten und Kinderwunschkonflikten stehen, aber auch häufig zur Vermeidung sexueller Interaktion dienen, weswegen bei diesen Störungen immer an partner- bzw. beziehungsabhängige Konflikte zu denken ist (FRICK-BRUDER, 1986; RICHTER und STAUBER, 1990).

### 3.2.3 Ungewollte Kinderlosigkeit (Sterilität)

Das Interesse der psychosomatischen Medizin an der ungewollten Kinderlosigkeit wurde in letzter Zeit vor allem durch die Entwicklung *reproduktionsmedizinischer Behandlungsmaßnahmen* (allen voran die sogenannte in-vitro-Fertilisation) neu geweckt, deren psychologische Problematik offenkundig ist. Nach neueren Schätzungen sind in westlichen Ländern etwa 10 bis 15 Prozent aller Paare im reproduktionsfähigen Alter ungewollt kinderlos. Die Ursachen für die Sterilität dieser Paare sind vielfältig und meist multifaktoriell. Besonders häufig werden ovarielle (endokrine) Ursachen für die Sterilität festgestellt, gefolgt von tubaren und andrologischen Faktoren. Etwas seltener ist die Sterilität Folge einer Endometriose, uteriner, zervikaler, im-

munologischer (z.B. Bildung von Spermaantikörpern) oder vaginalen Veränderungen. Bei einem nicht unwesentlichen Teil steriler Paare schließlich läßt sich die Sterilitätsursache nicht eindeutig klären (idiopathische oder funktionelle Sterilität). Lediglich bei jenen Paaren, die Handlungen oder Störungen zeigen, die, trotz bestehenden Kinderwunsches, eine Konzeption erschweren oder verhindern, spricht man von psychischen Sterilitätsursachen (ausführliche Übersichten zu diesem Thema finden sich bei STAUBER, 1988, oder STRAUSS, 1991).

In den vorangegangenen Abschnitten wurden bereits einige psychosoziale Faktoren genannt, die letztlich die Kinderwunschmotivation bedingen und gleichzeitig Motivationskonflikte auslösen können. Bedeutsam für das Verständnis des Leidensdruckes steriler Paare ist sicher auch die Tatsache, daß Kinder nach wie vor die Norm in unserer Gesellschaft darstellen, Kinderlosigkeit dagegen in verschiedener Form (auch von seiten der Medizin) stigmatisiert wird. Psychologisch läßt sich die ungewollte Kinderlosigkeit als massive Krise verstehen, als narzißtische Kränkung, die zum Teil gravierende psychische Probleme zur Folge haben kann.

Psychologische Betrachtungen der Sterilität haben eine lange Tradition: Von psychoanalytischer Seite wird die Sterilität als Mittel zur Abwehr individueller Ängste erachtet, die mit einer Schwangerschaft, Geburt oder Elternschaft im weitesten Sinne verknüpft sind. Die Schwangerschaft wird also unbewußt vermieden, weil damit Gefahren für das Ich verbunden wären. Die Abwehr reicht dabei, dies zeigen zahlreiche ausführliche Falldarstellungen in der psychoanalytischen Literatur, von Rationalisierungen bis zur Entwicklung somatischer Störungen. Dabei wird im Erleben der sterilen Paare das ersehnte Kind oft unbewußt mit einem Substitut für die eigene Selbstverwirklichung gleichgesetzt. Während sich ältere Untersuchungen fast ausschließlich auf die sterile Frau konzentrierten, werden in jüngerer Zeit auch die männlichen Partner zunehmend berücksichtigt. Dies führte mit dazu, daß in neueren Betrachtungen der Sterilität auch deren interpersonaler Abwehr-



charakter hervorgehoben wurde, d. h., daß die Kinderwunschproblematik beiden Partnern dazu dient, einen unbewußten Konflikt kompromißhaft zu lösen.

Empirische Untersuchungen zur Sterilität belegen letztendlich die unbewußten Kinderwunschmotivationskonflikte bei einem großen Teil der sterilen Paare. Testpsychologische Studien deuten dagegen insgesamt gesehen nicht darauf hin, daß sterile Paare gehäuft psychische Auffälligkeiten zeigen. Am konsistentesten sind Befunde, die auf ein erhöhtes Maß an Ängstlichkeit und Depressivität, auf spezifische Paarstrukturen (vor allem anklammernd-symbiotische) und eine etwas erhöhte Prävalenz sexueller Störungen hindeuten (die sicherlich oft die Folge der Sterilitätsbehandlung sind, vgl. Abschn. 3.8). Bestimmte Sterilitätsursachen sind bislang nicht definierten psychologischen Charakteristika zuzuordnen. Es steht allerdings fest, daß die Bedeutung psychischer Aspekte bei allen Formen der Sterilität, also nicht nur bei der funktionellen, sehr groß ist.

Von klinischer Relevanz ist die Unterscheidung bestimmter Subgruppen von Sterilitätspatienten. STAUBER (1988) beispielsweise unterschied auf der Grundlage einer ausführlichen psychosomatischen Diagnostik sterile Paare mit überwertigem Kinderwunsch, deren Leidensdruck besonders groß ist, die zum Agieren neigen und mit denen die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung besonders schwierig ist. Des weiteren beschreibt STAUBER Paare mit «starkem» Kinderwunsch, die ebenfalls auf invasive medizinische Eingriffe drängen, zu depressiven Reaktionen neigen, die aber letztlich fähig sind, eine vertrauensvolle Beziehung zum Arzt aufzubauen, und schließlich Paare mit «gesundem» Kinderwunsch, die gegenüber invasiven medizinischen Maßnahmen zögern und letztlich imstande sind, die ungewollte Kinderlosigkeit zu verarbeiten, und die Alternativen für ihre Selbstverwirklichung entwickeln können. Ähnliche Unterscheidungen wurden auch von anderen Autoren vorgenommen (vgl. STRAUSS, 1991), womit belegt wurde, daß ein bestimmter Prozentsatz (meist 1/4 bis 1/3 aller Paare) aus psychologischer Sicht besonders auffällig ist und eigentlich besonderer psychotherapeutischer Betreuung bedürfte. Es

mehrten sich in den letzten Jahren die Hinweise dafür, daß bei jenen Paaren auch die Wahrscheinlichkeit, durch eine Sterilitätsbehandlung den Kinderwunsch zu erfüllen, etwas geringer ist, was auf die oben erwähnte Abwehrfunktion oder den adaptiven Charakter der Sterilität hindeutet ebenso wie auf die potentielle Problematik vorschneller, meist sehr invasiver Behandlungsmaßnahmen, wie sie heute in der Reproduktionsmedizin gang und gäbe sind (vgl. Abschnitt 3.8).

### 3.2.4 Schwangerschaftskomplikationen

In diesem Kapitel kann nur am Rande auf Fragen aus dem Bereich der Geburtshilfe eingegangen werden. Um ein psychosomatisches Verständnis von Fertilitätsstörungen unterschiedlicher Art zu komplettieren, soll aber zumindest in aller Kürze auf die in der gynäkologischen Praxis häufigen Komplikationen im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Postpartum eingegangen werden.

Zum Verständnis von Schwangerschaftskomplikationen sind sicherlich die vielfältigen intrapsychischen und interpersonalen Veränderungen zu beachten, die für den Schwangerschaftsverlauf typisch sind. Unter dem Stichwort «Übergang zur Elternschaft» existiert hierzu mittlerweile eine Fülle von Befunden, die beispielsweise DAVIES-OSTERKAMP (1991 b) resümiert. An intrapsychischen Veränderungen wird ein Wandel des Selbst- und Körperbildes betont, ebenso wie ein Identitätswechsel (speziell bei Erstgebärenden) «von der Tochter zur Mutter». Im Zusammenhang damit wird die Mutter-Tochter-Beziehung der Schwangeren zwangsläufig aktualisiert und bekommt große Bedeutung für den Anpassungsprozeß. Laut DAVIES-OSTERKAMPs Zusammenfassung besteht ein deutlicher Bezug zwischen konflikthaften Beziehungen zur eigenen Mutter und Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf. Auf interpersonaler Ebene ist der Übergang von der Zweier- zur Dreierbeziehung besonders schwierig und oftmals die Ursache für Partnerschaftskonflikte. Diese und andere psychische Belastungen im Verlauf der Gravidität (der durch typische Pha-

sen mit spezifischen kognitiven und emotionalen Verhaltensweisen charakterisiert ist), können ein Risiko für somatische Komplikationen bei Mutter und Kind darstellen. In einer Übersicht von LEVIN und DEFRAK (1988) zeigte sich, daß *belastende Lebensereignisse* eine Vielzahl von Komplikationen vorhersagen, die primär mit der Reife des Kindes und dem Schwangerschaftsverlauf verbunden sind, wogegen Angst während der Schwangerschaft sowohl deren Verlauf als auch den Geburtsverlauf maßgeblich beeinflusst. Nach RICHTER und STAUBER (1990) ist im Schwangerschaftsverlauf mit einer Reihe ganz realer Ängste (z. B. vor Mißbildungen des Kindes oder Schmerzen bei der Geburt) zu rechnen, die aber bei neurotischer Struktur übersteigert sein und die Betreuung der Schwangeren erschweren können.

Einige spezifische Schwangerschaftskomplikationen sind aus psychosomatischer Sicht besonders ausgiebig untersucht. Die *Hyperemesis gravidarum* gehört darunter wohl zu den häufigsten psychosomatischen Symptomen. Während laut einer epidemiologischen Studie, die DAVIES-OSTERKAMP (1991 b) zitiert, etwa 90 Prozent aller Schwangeren temporär unter Übelkeit und Erbrechen in geringfügigem Maße leiden, ist bei einer Persistenz und größeren Ausprägung dieser Beschwerden an schwererwiegende psychische Konflikte zu denken, die nach RICHTER und STAUBER (1990) in erster Linie oraler und aggressiver Natur sind (z. B. unbewußte Rivalität mit dem Fötus). Für diese psychodynamische Hypothese spricht der Befund, daß eine «haltende, stützende Zuwendung» (insbesondere temporäre stationäre Aufnahmen) häufig zu einer Besserung der Symptome führt (RICHTER und STAUBER, 1990).

Man nimmt an, daß etwa 10 Prozent aller Schwangerschaften mit einem klinischen Spontanabort enden. Auch im Zusammenhang mit *Aborten*, die in der Regel organisch bedingt sind, muß eine «ambivalente Gefühls-einstellung» (d. h. unbewußte Ablehnung der Schwangerschaft) reflektiert werden. Die durch Symptome wie Ödembildungen, Proteinurie und vor allem Hypertonie charakterisierte *Schwangerschafts-Gestose* wurde aus psychodynamischer Sicht als Abwehr narzißtischer Wut gewertet, die das Resultat einer

unbewußten Bedrohung des Selbstwertgefühls der Graviden durch die Schwangerschaft darstellt (vgl. RICHTER und STAUBER, 1990).

Erwähnenswert ist schließlich noch die *vorzeitige Wehentätigkeit*, für deren Vorhersage psychosoziale Faktoren mittlerweile gut belegt sind. Eine Reihe von Studien zeigte die wehenauslösende Wirkung emotionaler Faktoren und die Bedeutung sozialer Risikofaktoren bei der vorzeitigen Wehentätigkeit (vgl. DAVIES-OSTERKAMP, 1991 b). In einer umfangreichen Studie von TEICHMANN und BREULL (1989) konnten vorzeitige Wehen bereits in der Frühphase der Schwangerschaft auf der Basis komplexer psychosozialer Faktoren vorhergesagt werden, wobei belastenden Lebensereignissen und familiären Spannungen besondere Bedeutung zukam. Die Autoren interpretieren das Phänomen letztlich aber als unspezifische Belastungsreaktion, die nicht persönlichkeitspezifisch ist.

### 3.2.5 Komplikationen im Zusammenhang mit Geburt und Postpartum

Auf die immense Bedeutung psychosomatischer Ansätze in der Geburtshilfe wurde bereits hingewiesen. Dementsprechend umfangreich ist die Literatur zu psychosomatischen Faktoren im Zusammenhang mit Geburtskomplikationen und Problemen nach der Geburt. Ausführliche Übersichten finden sich z. B. bei RICHTER und STAUBER (1990) oder RINGLER und LANGER (1991). Es sei hier nur kurz darauf hingewiesen, daß das Geburtserleben einerseits durch eine «psychosomatische Geburtsvorbereitung» in positiver Hinsicht beeinflusst werden kann, während derer unter anderem auch ausführlich eingegangen wird auf Veränderungen der Körpererfahrungen, Ängste, Phantasien und Erwartungen auf Seiten der Eltern. Daneben hängt die Qualität des Geburtserlebens aber auch stark von der erlebten Angst und Geburtsschmerzen sowie von unterschiedlichen Maßnahmen ab, wie Geburtseinleitung, Kardiotokographie und Dammschnitte (Episiotomien), für die – wenn sie nicht bedachtsam und begleitet von ad-

äquater Aufklärung eingesetzt werden – auch (negative) Einflüsse auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung erwartet werden können. Ähnliches gilt für operative Beendigung der Geburt (Sectio usw.). Ängste im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt haben nachweislich einen Einfluß auf die Dauer der Geburt, das Ausmaß der Anästhesie, die Dauer der Preßperiode und ganz allgemein auf Komplikationen.

RINGLER und LANGER (1991) weisen darauf hin, daß – trotz aller Fortschritte auf dem Gebiet der Perinatalogie – die Praxis im Zusammenhang mit «mißglückten Schwangerschaften», also Früh-, Fehl- oder Totgeburten und Geburten mißgebildeter Kinder, unzulänglich ist. Die Autoren machen konkrete Vorschläge, wie die Betreuung der betroffenen Eltern in diesem Fall verbessert werden könnte, z.B. durch den Verzicht auf die Vergabe von Sedativa oder Tranquilizer, die letztlich nur der Beruhigung des Personals dienen.

Die Ergebnisse der psychosomatischen Perinatalogie, wie z.B. zur Bedeutung des frühen Kontakts zwischen Mutter und Säugling und zur Wichtigkeit des Stillens, haben sich deutlich in der Praxis niedergeschlagen (z.B. in Maßnahmen wie dem «Rooming-In» oder «Self-Demand-Feeding»). Ob dies zu einer Reduktion postpartaler Komplikationen geführt hat, ist unklar. Unter diesen Komplikationen haben Laktationsstörungen (die laut RICHTER und STAUBER, 1990, oftmals Schuld- und Versagensängste ausdrücken) und postpartale Befindlichkeitsveränderungen die größte praktische Bedeutung (postpartale Psychosen stellen dabei sicher einen Spezialfall dar, auf den hier nicht eingegangen wird). Während die sogenannten «Post-Partum-Blues» (d.h. depressive Verstimmungszustände nach der Entbindung), bei 40 bis 85 Prozent aller Gebärenden feststellbar, heute als adäquate psychophysiologische Anpassungsreaktion gelten, bedürfen postpartale Depressionen häufig psychotherapeutischer Interventionen. RINGLER und LANGER (1991) weisen darauf hin, daß diese Depressionen eher Probleme mit der Elternschaft symbolisieren und weniger in direktem Zusammenhang mit der Geburt stehen.

### 3.2.6 Klimakterium

Die Bedeutung der Fertilität für das weibliche Selbsterleben, aber auch für gesellschaftliche Auffassungen von Weiblichkeit werden besonders deutlich im Zusammenhang mit dem Klimakterium der Frau und damit verbundenen Problemen. In der gynäkologischen Praxis werden von klimakterischen Frauen in der Regel körperliche Symptome geäußert (z.B. Hitzewallungen, Müdigkeit, Kopfschmerz oder Schlaflosigkeit), aber auch Nervosität, depressive Zustände und sexuelle Probleme (vgl. APPELT und STRAUSS, 1988). Letztere sind oft Folge der durch ein Östrogendefizit bedingten verminderten Lubrikationsfähigkeit, wobei allerdings der Leidensdruck stark bestimmt wird durch das Maß, in dem diese objektiven Veränderungen von der betroffenen Frau als Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls erlebt werden. Störungen der sexuellen Appetenz im Klimakterium stehen oft im Zusammenhang mit Depressionen, Belastungen, Ängsten und Beziehungsproblemen und haben keinerlei physiologische Grundlage (vgl. APPELT und STRAUSS, 1988). NESTLER und SIES (1991) weisen auf die Notwendigkeit hin, im Zusammenhang mit klimakterischen Beschwerden verschiedene Ebenen zu berücksichtigen, beispielsweise die mit dem Klimakterium verbundenen gesellschaftlichen Wertungen. Die Vorstellung, daß die «Wechseljahre eine Krankheit» seien, die medikamentös beeinflusst werden müsse, zeigt sich beispielsweise an der Art und Weise, wie in den vergangenen Jahren eine Hormonsubstitution propagiert wurde. Der familiäre und berufliche Kontext ist ein weiterer wichtiger Bereich: Frauen, die sich selbst über die familiäre Situation, einschließlich des Erfolges ihrer Kinder und ihres Ehemannes definieren, scheinen besonders anfällig für klimakterische Probleme, die oft im zeitlichen Kontext familiärer Veränderungen (z.B. Kinder verlassen das Haus) zu sehen sind. Neben Aspekten der individuellen Entwicklung, die determinieren können, inwieweit eine Frau im Zusammenhang mit dem Klimakterium etwa Schuld- oder Schamgefühle entwickelt, ist zu beachten, daß die körperlichen Probleme ein Signal für Konflikte darstellen können, die eine Frau mit der er-

forderlichen Umgestaltung ihres Lebens haben kann. Eine mögliche Umorientierung in Richtung auf mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit wird nach NESTLER und SIES (1991) ernsthaft durch regressionsförderndes Verhalten auf seiten des Arztes bedroht, zu dem auch die Betonung des Krankheitswertes klimakterischer Beschwerden gehört.

### 3.3 Spezifische endokrine Störungen

Viele der unter 3.2.2 genannten Zyklusstörungen sind nicht selten die Folge spezifischer endokriner Dysfunktionen, welche in den letzten Jahrzehnten durch die enormen Entwicklungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Endokrinologie besser diagnostizierbar und damit auch für psychosomatische Betrachtungen zugänglicher geworden sind. Noch ist hierbei vieles spekulativ, dennoch gibt es klare Hinweise dafür, daß die Sekretion bestimmter Hormone, vor allem Prolaktin, Androgene, durch psychische Belastungen maßgeblich determiniert wird. Davon leitet sich die Auffassung ab, daß dauerhafte Dysfunktionen in bestimmten endokrinen Subsystemen, wie z. B. die Hyperprolaktinämie und die Hyperandrogenämie, verbunden sein können mit psychischen Reifungsstörungen bzw. Konflikten in bestimmten Entwicklungsphasen, in denen nach neueren endokrinologischen Theorien die Basis für die Hormonstörung gelegt wird (in der Regel peripubertär). Einige (allerdings retrospektive) Untersuchungen stützen diese Hypothese (Übersicht bei APPELT und STRAUSS, 1988).

Bei einzelnen endokrinen Dysfunktionen ist ferner zu bedenken, daß spezifische Begleitsymptome in starkem Maße psychisch beeinträchtigend erlebt werden können. Dies gilt vor allem für die androgenabhängigen Symptome (z. B. Hirsutismus, Akne, Alopezie), an deren Verarbeitung oftmals Störungen des Körper- und Selbstbildes deutlich werden (s. APPELT und STRAUSS, 1988).

### 3.4 Unterbauchschmerzen

Unterbauchbeschwerden gehören zu den häufigsten Problemen, mit denen Frauen einen

Gynäkologen aufsuchen. Wegen der schwierigen diagnostischen Abgrenzung der Beschwerden, ihrer häufigen Resistenz gegen (somatische) Behandlungsversuche, sind Unterleibschmerzen gleichzeitig ein großes Problem, zumal sie oftmals negative Gegenübertragungsreaktionen provozieren, wie Hilflosigkeit, Ärger (der sich unter Umständen in invasiven operativen Maßnahmen niederschlägt, vgl. Kap. V.A). Neben funktionellen Rückenschmerzen sind in der Praxis vor allem Schmerzen in Kombination mit Adnexitiden und das sogenannte *Pelipathiesyndrom* bedeutsam. Dieses Syndrom, laut RICHTER und STAUBER (1990) «ein nur unscharf definiertes, schwer präzisierbares Krankheitsbild mit organisch nicht erkläraren, meist chronischen Unterbauchschmerzen» kann in unterschiedlicher Form auftreten. Charakteristisch scheint die Trias von spastischen Muskelkontraktionen, vaskulären Störungen und einer Hypersekretion der Zervix. Die Unterbauchschmerzen sind in der Regel nur das Leitsymptom, das von einer Fülle anderer (meist vegetativer) Beschwerden begleitet wird. Angaben zur Häufigkeit des Pelipathiesyndroms schwanken zwischen 2 Prozent und etwa 25 Prozent (vgl. DENNERSTEIN u. VAN HALL, 1986). Nach RICHTER und STAUBER (1990) drückt das Pelipathiesyndrom häufig eine innere Vereinigung aus, Konflikte im Zusammenhang mit sexuellen und Geborgenheitswünschen, eine verleugnete Depression. Die Verleugnung scheint bei Pelipathiepatientinnen generell die bevorzugte Abwehrstrategie, was einen psychotherapeutischen Zugang umso schwieriger macht. Die Unterbauchschmerzen treten erstmalig gehäuft nach Trennungs- oder Verlusterlebnissen auf und sind generell abhängig von Belastungen. Das Gefühl der erlebten Kontrolle über die Schmerzen, die Schmerzerwartung sowie Ängstlichkeit sind bei allen Unterbauchbeschwerden in der Gynäkologie als wesentliche Determinanten des Schmerzerlebens anzusehen (vgl. DENNERSTEIN u. VAN HALL, 1986). Erwähnt sei hier noch der Befund tiefenpsychologischer Untersuchungen von RICHTER und STAUBER (1990) zur *Adnexitis*, die oft die Ursache von Unterbauchschmerzen ist. Diese Untersuchungen erbrachten bei Adnexitispatientinnen «überraschend

gleichartige Konfliktsituationen», nämlich die Ambivalenz zwischen zwei Partnern, die dazu dienen, zwei scheinbar gegensätzliche Impulse auszuleben, nämlich die Suche nach Verständnis und Geborgenheit sowie die Ungebundenheit und erotische Spannung. Das Symptom dient in dieser Konstellation letztlich dem Ausleben aggressiver Impulse:

«Adnexitispatientinnen zeigen diese spezielle Verarbeitungsweise von Wutimpulsen, welche die sexuelle Sphäre mißbräuchlich zur Kampfzone macht. Je mehr sie in den Anlehnungspartnerbeziehungen sich eingeeengt empfinden, desto stärker verweigern sie unbewußt ihren Partnern die sexuelle Hingabe, ... desto stärker aber spüren sie Sehnsüchte nach einer völlig anderen, überwiegend sexuellen Art von Partnerbeziehung. Die Patientinnen können diese Dynamik in sich nicht steuern. Solange die psychisch eingespielte Verarbeitung der Ärgerreaktionen mit Abreaktion in der sexuellen Sphäre gelingt, scheinen keine Adnexitiden aufzutreten. Das erklärt die völlig symptomfreien Phasen mancher Patientinnen ... Ein Adnexitisrezidiv scheint immer dann aufzutreten, wenn der stark erlebte Wunsch nach sexueller Entlastung nicht erfüllt werden kann.» (S. 956)

### 3.5 Weitere spezifische Symptome

An spezifischen Symptomen, die in der gynäkologischen Praxis eine Rolle spielen, ist zum einen der *Pruritus vulvae* zu nennen, also ein Jucken, Brennen oder Stechen im Bereich der Vulva, der Klitoris oder dem Perineum, das oftmals keine organische Grundlage hat. Die Häufigkeit der Störung ist unklar; nach RICHTER und STAUBER (1990) tritt sie zur Zeit des Klimakteriums und in der frühen Menopause gehäuft auf. Mittlerweile ist nachgewiesen, daß der Juckreiz durch psychische Belastungen verstärkt werden kann. Bei den Untersuchungen zur Psychodynamik der Störung überwiegen Hinweise auf sexuelle Konflikte. STAUBER und HAUPT (1980) machen deutlich, daß die Symptomatik eine ambivalente Haltung zur Sexualität, sexuelle Frustration, eine Aversion gegen den Partner oder gegen bestimmte sexuelle Praktiken ausdrücken kann, ebenso die Angst vor Verbotenem oder vor Ansteckung oder als Masturbationsäquivalent zu sehen ist.

Nach LOHS (1987) gehört der *Fluor genitalis* zu den drei am häufigsten von niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland gestellten Diagnosen. Die Behandlung ist oft ausschließlich antimikrobiell ausgerichtet; psychosomatische Zusammenhänge werden selten bedacht. RICHTER und STAUBER (1990) führen aus, daß «dem psychogenen Fluor genitalis eine übermäßige Sekretion der Vestibularis- und Zervixdrüsen und/oder eine vermehrte Transsudation der Vaginalwände zugrundeliegt. Dieser Fluor kann eine eigenständige psychosomatische Störung darstellen oder als Begleitsymptom anderer psychosomatischer Erkrankungen auftreten» (z. B. bei der Pelipathie oder der sekundären Amenorrhoe). Die bereits alte psychodynamische Klassifikation des Fluor in einen «Libidofluor» (Ausdruck unerfüllter sexueller Wünsche), einen «Abwehrfluor» (Abwehr bzw. Ausweichen vor sexuellen Kontakten) und einen «Gewissensfluor» (Verhinderung sexueller Befriedigung aufgrund einer Über-Ich-Problematik) hat nach RICHTER und STAUBER (1990) nach wie vor klinische Bedeutung. In einer umfangreichen Untersuchung konnte LOHS (1987) bei Frauen mit Fluor genitalis eine spezielle Unzufriedenheit mit ihrem Körper und (bereits vor dem Auftreten der Beschwerden) wenig Selbstbewußtsein nachweisen. Vor diesem Hintergrund sieht sie das Symptom als Möglichkeit, Zuwendung zu erhalten, als ein spezifisches Beziehungsangebot und als Appell, mit dem der Wunsch nach Beachtung und Akzeptanz zum Ausdruck gebracht werden soll.

### 3.6 Behandlungsmaßnahmen

In den vorangegangenen Abschnitten wurden vereinzelt bereits Probleme besprochen, die im Zusammenhang mit gynäkologischen Behandlungsmaßnahmen oder «Eingriffen» entstehen können (z. B. Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch). Generell gilt, daß Schwierigkeiten bei der Verarbeitung medizinischer Maßnahmen in der Gynäkologie im Kontext der Persönlichkeit der Patientin, von Grundkonflikten, die mit der Erkrankung verbunden sind, aber auch der Art und Weise, wie eine Behandlungsmethode eingesetzt wird, zu

sehen sind. So wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, daß besonders eine adäquate Vorbereitung und Information der Patientin (und deren Angehöriger) unerwünschte Reaktionen verhindern helfen. In den folgenden Abschnitten sollen exemplarisch einige gebräuchliche Behandlungsansätze in der Gynäkologie unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden.

### 3.6.1 Hormonbehandlungen

Viele der oben beschriebenen Störungsbilder werden in der Frauenheilkunde durch exogene Verabreichung von Hormonen behandelt. Dabei ist nach wie vor die Auffassung weit verbreitet, daß Hormone generell einen positiven Einfluß auf die Sexualität und Befindlichkeit ausüben können (vgl. APPELT u. STRAUSS, 1988). Für die gynäkologische Praxis sind diesbezüglich Befunde der *Psychoendokrinologie* bedeutend, die Auskünfte über die Effekte spezifischer Hormone auf das Erleben und Verhalten geben, die aber bedauerlicherweise wenig bekannt zu sein scheinen. Besonders erwähnenswert ist hierbei zum einen der potentiell negative Einfluß antiandrogen wirkender Substanzen auf die weiblichen Sexualfunktionen, aber auch der gesicherte Befund, daß die Vergabe von Hormonen oder Hormonantagonisten zum Zwecke der Verminderung sexueller Störungen, zur Erhöhung sexueller Appetenz und zur Stabilisierung psychischer Befindlichkeit keine systematische Wirkung besitzt. Der immer noch gebräuchliche Einsatz von Hormonen bei endokrin unauffälligen Frauen zum Zwecke der Beeinflussung von Sexualität und Befindlichkeit, auch während des Klimakteriums, entbehrt also jeglicher gesicherter wissenschaftlicher Grundlage (für Details s. APPELT u. STRAUSS, 1988).

### 3.6.2 Chirurgische Eingriffe

a) *Hysterektomie, Ovarektomie, Vulvektomie*  
Trotz einer Vielzahl von Untersuchungen sind die Befunde zu den psychischen Folgen der Hysterektomie nach wie vor widersprüchlich.

Es gibt nahezu gleich viele Hinweise für und gegen eine erhöhte Inzidenz psychiatrischer Symptome (insbesondere depressiver Zustände) und sexueller Störungen als Folge des Eingriffs (vgl. WITTICH u. LUCIUS-HÖHNE, 1988). Das spezielle Interesse psychosomatischer Forschung an der Hysterektomie läßt sich zum einen mit der großen psychologischen Bedeutung des Uterus (Symbol für Weiblichkeit, Mütterlichkeit usw.) erklären, die potentiell ausgeprägte Verlustängste (im Hinblick auf Weiblichkeit, Attraktivität usw.) mobilisieren kann, zum anderen im Kontext der noch erheblich erweiterten Indikation für den Eingriff (z. B. Prävention von Karzinomen, endgültige Kontrazeption), die zeitweise sehr kontroverse Diskussionen entfachte. Es haben sich gerade in jüngster Zeit Belege dafür gehäuft, daß die meisten Patientinnen, die den Eingriff schlecht verarbeiten, bereits vorher psychische Probleme aufwiesen. Dies deutet darauf hin, daß die Hysterektomie per se nicht traumatisierend wirken muß, was auch durch eine Verlaufsuntersuchung von ZINTL-WIEGAND et al. (1989) bestätigt wurde: In dieser Studie erwiesen sich Anzeichen einer weiblichen Identitätsstörung als ungünstig im Hinblick auf die Verarbeitung der Operation. Ungünstig war dieser Studie zufolge auch, wenn Frauen sehr rasch operiert wurden und somit keine Zeit fanden für die notwendige antizipatorische Trauerarbeit. Für einen Teil der Frauen hat nach ZINTL-WIEGAND et al. die Hysterektomie die Bedeutung eines Verlustes an Weiblichkeit und Sexualität, der Nicht-Erfüllung eines Kinderwunsches und einer narzißtischen Kränkung. Ebenso einhellig wie die Befunde zur prognostischen Bedeutung präorbider psychosexueller Schwierigkeiten für die Verarbeitung der Hysterektomie sind die Ergebnisse zum positiven Effekt einer adäquaten präoperativen Aufklärung, sozialer Unterstützung und einer funktionierenden Partnerbeziehung (vgl. DENNERSTEIN u. VAN HALL, 1986). Man kann bisher davon ausgehen, daß die genannten Zusammenhänge auch für die Ovarektomie gelten, die häufig kombiniert wird mit der Entfernung des Uterus. Wenngleich seltener, dürften die psychischen und sexuellen Folgen bei der Vulvektomie nach Karzinomen erheb-

lich ausgeprägter sein. Die wenigen Studien hierzu belegen die negativen Auswirkungen des Eingriffs auf die Sexualität, das Körpererleben und den Selbstwert. Auch hier ist die Bedeutung adäquater Aufklärung und psychologischer Betreuung nachgewiesen (LANGER, 1990).

#### *b) Mastektomie*

Auch im Zusammenhang mit der Mastektomie wird deutlich, daß Krebserkrankungen an Genitalorganen auch deshalb besonders bedrohlich erlebt werden, weil die daraus resultierenden Operationen massiv in das Selbsterleben und die sexuelle Identität der Frau eingreifen. FRICK-BRUDER u. SPENGLER (1985) vermuten, daß kein anderes Organ für den Selbstwert so wichtig ist wie die weibliche Brust, unter anderem aufgrund ihrer symbolischen Bedeutung und der Tatsache, daß sie die früheste Quelle «zärtlich-lustvoller Berührung und späterer sexueller Ausstrahlung und Anziehung» sei. Der drohende Verlust der Brust wird deshalb oft assoziiert mit einem Verlust an sexueller Ausstrahlung. Diese Ängste haben oftmals massive Verleugnung und Verheimlichung zur Folge, die sich beispielsweise nach der Mastektomie daran zeigt, daß die betroffenen Frauen sich weigern, die Operationsnarbe zu betrachten oder sich dem Partner nackt zu zeigen. Nach FRICK-BRUDER u. SPENGLER (1985) ist etwa bei 1/3 der mastektomierten Patientinnen mit einem Mißlingen der psychischen Bewältigung und teilweise gravierenden Problemen zu rechnen. Die psychischen Reaktionen scheinen am massivsten beim ersten Auftreten eines Rezidivs. Insbesondere aus Untersuchungen zu den psychosexuellen Veränderungen nach der Mastektomie, die evtl. ein Indikator für die gesamte psychische Adaptation sein könnten, ist bekannt, daß vor allem der Lebensstil, die Partnerbeziehung und das Alter, also Faktoren, die von der Mastektomie unabhängig sind, von größter Bedeutung für die Prognose einer gelungenen Bewältigung sind. Eine befriedigende Sexualität scheint für die «Gesundung und Stärkung des Selbstwertgefühls» wichtig zu sein (FRICK-BRUDER u. SPENGLER, 1985). Die in neuerer Zeit gegebenen Möglichkeiten der Wahl verschiedener operativer Techniken könnte zu ei-

ner Verbesserung der Lebensqualität nach Mastektomie beitragen. LANGER (1990) beschreibt, daß vor allem ängstliche und depressive Frauen eine Totaloperation wählen, auch wenn eingeschränkte Operationen möglich wären. In seiner eigenen Untersuchung ergaben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen drei verschiedenen Operationstechniken im Hinblick auf die psychische Verarbeitung.

#### *3.6.3 Weitere technisch-apparative Maßnahmen*

Mit einer zunehmenden Technisierung von Diagnostik und Therapie sind auch in der Frauenheilkunde eine Reihe von Problemen erwachsen. Unterschiedliche Maßnahmen bringen erhebliche Belastungen und Entscheidungskonflikte auf Seiten der Patientin mit sich, die auch vom Arzt zu reflektieren sind, wenn bestimmte Diagnostiken und Therapien indiziert werden. Dies soll abschließend verdeutlicht werden am Beispiel von diagnostischen Maßnahmen während der Schwangerschaft (Ultraschall, Amniozentese) und der Behandlung von ungewollter Kinderlosigkeit.

Eine zweimalige *Ultraschalldiagnostik* während der Schwangerschaft gehört heute zur Routine, obwohl deren Notwendigkeit nach wie vor umstritten ist. Der häufig propagierte Effekt dieser Maßnahme auf das psychische Befinden (z.B. Angstreduktion) ist insgesamt gesehen bislang nicht belegt, am wahrscheinlichsten aber in Verbindung mit genauer und einfühlsamer Information über den Ablauf und das Ergebnis der Untersuchung zu erzielen. Hier zeigt sich also wiederum die Bedeutung adäquater Aufklärung, die auch bei der aus psychologischer Sicht noch problematischeren *Amniozentese* wichtig ist. Etwa 50 Prozent der Frauen mit Altersrisiko (ab 35) nehmen die Amniozentese als pränatale Diagnostik wahr. Zahlreiche jüngere Frauen unterziehen sich der Maßnahme aus Angst vor Fehlbildungen des Kindes, auch wenn diese medizinisch nicht begründet ist. Die wesentliche Problematik dieses Eingriffs sieht DAVIES-OSTERKAMP (1991 b) einerseits in dem Entscheidungskonflikt für oder gegen die Amniozentese und der Frage, ob bei posi-

tivem Ergebnis ein Abbruch vorgenommen werden soll oder nicht, andererseits in den seelischen Belastungen, die direkt mit dem Eingriff zusammenhängen. Zu beachten ist, daß der Entscheidungskonflikt offenbar häufig auf den Arzt verschoben wird und sehr angstbesetzt ist. Auch zur Amniozentese liegen Befunde vor, die zeigen, daß der Eingriff und sein Ergebnis per se nicht angstmindernd wirken, wobei auch hier die Qualität der ärztlichen Betreuung entscheidenden Einfluß hat. Diese Betreuung ist besonders wichtig in der Zeit zwischen Amniozentese und Mitteilung des Befundes, die von den meisten Frauen als extreme Belastung erlebt wird.

Ähnlich ausgeprägte Belastungen sind im Zusammenhang mit der *Sterilitätsbehandlung* vor allem für jene Phasen beschrieben, in denen die Patientin auf Untersuchungsergebnisse (einschließlich der Antwort auf die Frage nach erfolgter Konzeption) zu warten hat, also keine konkreten Maßnahmen durchgeführt werden (vgl. STRAUSS, 1991). Die Behandlung der Sterilität kann generell als Paradigma für den oftmals negativen Effekt einer medizinischen Behandlung auf eine günstige Verarbeitung einer Störung gesehen werden. Dies gilt nicht nur im Falle der künstlichen Befruchtungsmethoden, für welche die Problematik am ausführlichsten diskutiert ist. In der Literatur zur Psychosomatik der ungewollten Kinderlosigkeit ist mittlerweile bestens belegt, daß die Verarbeitung der «Sterilitätskrise» ein langwieriger Prozeß ist, in dessen Verlauf u. a. eine Neudefinition des Selbstbildes erfolgen muß. Gerade hier setzt der negative Einfluß von medizinischen Maßnahmen bei der ungewollten Kinderlosigkeit ein: Angesichts des starken Leidensdrucks betroffener Paare und ihrer oft grenzenlosen Bereitschaft, sich einer lange dauernden und invasiven Behandlung zu unterziehen, wurde schon früh vermutet, daß die Sterilität durch ihre Behandlung perpetuiert wird. Tatsächlich ist mit der Behandlung eine Reihe extremer psychischer Belastungen verknüpft, die unter anderem mit der insgesamt niedrigen Erfolgsaussicht und Komplikationsrate (die meistens nicht thematisiert werden), dem zeitlichen Aufwand, den Auswirkungen auf das Alltagsleben, die Sexualität und nicht zuletzt mit der

ständigen Konfrontation mit dem eigenen Makel der Kinderlosigkeit zusammenhängen. Es gibt inzwischen eine Reihe von Befunden, die deutlich belegen, daß die Behandlung generell und einige ihrer Bestandteile mit drastischen Veränderungen der psychischen Befindlichkeit verbunden sind, aber auch mit körperlichen Veränderungen als Folge dieser Belastung (z. B. Verschlechterung spermatologischer Befunde im Verlauf mehrerer Sterilitätsbehandlungen; vgl. STRAUSS, 1991). Gerade die neuen Methoden der Sterilitätsbehandlung, wie die *extrakorporale Befruchtung*, tragen dazu bei, daß die emotionalen Probleme der Betroffenen vernachlässigt, unter Umständen sogar verstärkt werden, daß Normen geschaffen werden, die es ungewollt kinderlosen Paaren zunehmend erschweren, ihre Kinderlosigkeit zu akzeptieren und Schuldgefühle abzubauen. Das Angebot der modernen Reproduktionsmedizin kommt der Persönlichkeits- und Abwehrstruktur vieler Paare offenbar entgegen (FRICK-BRUDER, 1984, beschreibt ein schwankendes Selbstwertgefühl, eine Neigung zur Idealisierung, Verleugnung und Verdrängung und zur Aufspaltung zwischen Gefühlen und technischen Vorgängen), so daß der iatrogene Effekt der Behandlung nur durch eine ständige Selbstreflexion auf seiten des Arztes zu verhindern sein dürfte.

#### 4. Psychotherapeutische Maßnahmen in der Gynäkologie

Die Bedeutung der tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung, von Information und Aufklärung, die über bloße Wissensvermittlung hinausgehen und den persönlichen Bedürfnissen der Patientin Rechnung tragen, dürfte an den hier dargestellten Befunden zur Psychosomatik in der Gynäkologie deutlich geworden sein. Das Wissen um psychosomatische Zusammenhänge ist in der Frauenheilkunde immens; dennoch sind noch deutliche Mängel bei der Umsetzung dieses Wissens in der Praxis zu verzeichnen. Die Frage danach, was letztendlich eine praktizierte (oder von allen Gynäkologen praktizierbare) psychosomatische



Gynäkologie konstituiert, hat mittlerweile viele Autoren beschäftigt. Unter anderem gehört dazu eine ständige Berücksichtigung des «biopsychosozialen» Kontextes der Patientin und deren Erkrankung, die naturgemäß zeitaufwendig ist und die genaue Kenntnis biographischer Hintergründe voraussetzt. Eine kontinuierliche Beachtung der Arzt-Patient-Beziehung und deren Klärung in Gesprächen mit der Patientin, aber auch im Rahmen von Supervisions- und BALINT-Gruppen, gehören ebenso zu den leicht realisierbaren Aspekten psychosomatischer Betreuung wie die konkrete Gestaltung der Untersuchungs- und Behandlungssituation, die – wie eingangs erwähnt – gerade in der Gynäkologie besonders schwierig sein kann. Konkrete Vorschläge hierzu machen beispielsweise DENNERSTEIN u. VAN HALL (1986) und LANGER (1990).

In vielen Fällen wird eine stützende Arzt-Patient-Beziehung allein nicht ausreichen, um psychische Konflikte zu klären und zu bewältigen. Dann sollte sich der Gynäkologe auch die Grenzen seiner Kompetenz eingestehen und einen qualifizierten Psychotherapeuten zu Rate ziehen. Im Zusammenhang mit einer möglichen Psychotherapie scheint der Hinweis von DENNERSTEIN u. VAN HALL (1986) erwähnenswert, daß nämlich, wenn es um die psychologische Problematik geht, die Verantwortung für eine Veränderung primär auf seiten der Patientin liegt und somit eine Abkehr vom traditionellen, «somatischen» Verständnis der Gynäkologie erforderlich ist. Dieser Schritt ist für viele Ärzte, die es gewohnt sind, «passiven» Patientinnen Behandlungen zu verschreiben und konkrete Maßnahmen durchzuführen, nicht einfach, ebenso wie die Vorstellung, daß die *unbewußten* Motive einer Patientin dem eigentlich angestrebten Behandlungsziel entgegenstehen.

Wie in anderen medizinischen Disziplinen auch sind die Effekte von Psychotherapie in der Gynäkologie bisher unzureichend *systematisch* abgesichert. Es gibt allerdings immer mehr Vorschläge für Interventionsstrategien bei spezifischen Problembereichen, so z. B. im Zusammenhang mit der Sterilität (STAUBER, 1988), der sekundären Amenorrhoe (RICHTER, 1982), gynäkologischen Karzinomen (LANGER, 1990) oder nach Fehlge-

burten bzw. Geburten mißgebildeter Kinder (RINGLER u. LANGER, 1991). Teilweise ist der kurz- und mittelfristige Effekt derartiger strukturierter Betreuungsangebote auf die psychische Befindlichkeit der Patientinnen auch in systematischen Untersuchungen nachgewiesen (vgl. LANGER, 1990).

Eine wesentliche Determinante der Effektivität psychotherapeutischer Interventionen ist naturgemäß die Motivation der Patientin. In vielen Bereichen der Gynäkologie, speziell im Zusammenhang mit der Sterilitätsbehandlung (vgl. STRAUSS, 1991), wurde beschrieben, daß die Akzeptanz psychosozialer Maßnahmen eher gering ist. Hier ist allerdings zu beachten, daß diese geringe Akzeptanz kein unveränderlicher Zustand sein muß und z. B. sehr stark vom Zeitpunkt des Angebotes abhängt. Es ist sicherlich eine wichtige Aufgabe des praktizierenden Frauenarztes, durch die Förderung eines Verständnisses für die psychosoziale Dimension gynäkologischer Erkrankungen die Bereitschaft zu wecken, auf diesem Feld Veränderungen anzustreben.

## Literatur

- APPELT H, STRAUSS B: Psychoendokrinologische Gynäkologie. Enke, Stuttgart 1988
- APPELT H, STRAUSS B, ULRICH D: Determinanten kontrazeptiven Verhaltens. In DAVIES-OSTERKAMP S (Hrsg.) Psychologie und Gynäkologie, S. 57. VCH, Weinheim 1991
- ASSO D: The real menstrual cycle. Wiley, Chichester 1983
- CORNEY RH, STANTON R: A survey of 658 women who report symptoms of premenstrual syndrome. J Psychosom Res 35, 471–482, 1991
- DAVIES-OSTERKAMP S: Kinderwunsch, unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. In DAVIES-OSTERKAMP S (Hrsg.) Psychologie und Gynäkologie, S. 65. VCH, Weinheim 1991 a
- DAVIES-OSTERKAMP S: Psychologie der Schwangerschaft. In DAVIES-OSTERKAMP S (Hrsg.) Psychologie und Gynäkologie, S. 91. VCH, Weinheim 1991 b
- DENNERSTEIN L, VAN HALL E: Psychosomatic gynecology. A total approach to women's health problems. Parthenon Publishing, Park Ridge 1986
- DE SENARCLENS M, FISCHER W: Amenorrhoe – a psychosomatic and sociological approach. In DENNER-

- STEIN L, BURROWS J (eds.) Handbook of psychosomatic obstetrics and gynecology, p. 199. Elsevier, Amsterdam 1983
- FELDER H: Typen von Frauenarztbildern: Wie sehen Frauen ihre Gynäkologen/innen? In BRÄHLER E, MEYER A (Hrsg.) Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit, S.301. Springer, Heidelberg 1987
- FRICK-BRUDER V: Die Arzt-Patient-Beziehung in der Sterilitätsbehandlung. In FRICK-BRUDER V, PLATZ P (Hrsg.) Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer, Heidelberg 1984
- FRICK-BRUDER V: Die Psychosomatik der Gynäkologie. In JORES A (Hrsg.) Praxis der Psychosomatik, S. 317. Huber, Bern 1986
- FRICK-BRUDER V: Das prämenstruelle Syndrom: Eine weibliche Erlebnisform. In PRILL HJ, STAUBER M, TEICHMANN A (Hrsg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1987, S. 196. Springer, Heidelberg 1988
- FRICK-BRUDER V, SPENGLER A: Psychische und psychosomatische Aspekte des Mammakarzinoms. In KÄSER O, FRIEDBERG V, OBER KG et al. (Hrsg.) Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 154. Thieme, Stuttgart 1985
- JÜRGENSEN O: Neuroendokrinologische Aspekte des prämenstruellen Syndroms. In PRILL HJ, STAUBER M, TEICHMANN A (Hrsg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1987, S. 196. Springer, Heidelberg 1988
- LANGER M: Somatopsychische Gynäkologie. Springer, Wien 1990
- LEVIN JS, DEFRANK RS: Maternal stress and pregnancy outcome: A review of the psychological literature. J Psychosom Obstet Gynecol 9, 3–16, 1988
- LOHS M: Einstellungen zum Körper bei Frauen mit Fluor genitalis. In STAUBER M, DIEDERICH S (Hrsg.) Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe 1986, S. 133. Springer, Heidelberg 1987
- MEYER A: Sterilisierung. In DAVIES-OSTERKAMP S (Hrsg.) Psychologie und Gynäkologie, S. 115. VCH, Weinheim 1991
- MILLER WH, MARICLE R: Pseudocyesis: A model for cultural, psychological, and biological interplay. J Psychosom Obstet Gynecol 8, 183–190, 1988
- MONEY J, LEWIS VG: Gender identity/-role. Part B: A multiple sequential model of differentiation. In DENNERSTEIN L, BURROWS J (eds.) Handbook of psychosomatic obstetrics and gynecology, p. 61. Elsevier, Amsterdam 1983
- NESTLER V, SIES C: Das Klimakterium aus psychosozialer Sicht. In DAVIES-OSTERKAMP S (Hrsg.) Psychologie und Gynäkologie, S. 48. VCH, Weinheim 1991
- RICHTER D: Psychosomatisch und endokrinologisch orientierte Therapie des Sekundäre-Amenorrhoe-Syndroms. Gynäkologe 15, 173–178, 1982
- RICHTER D, STAUBER M: Psychosomatik in Geburtshilfe und Gynäkologie. In UEXKÜLL Th v (Hrsg.) Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. 4. Auflage, S. 941. Urban & Schwarzenberg, München 1990
- RINGLER M, LANGER M: Psychologie der Geburt. In DAVIES-OSTERKAMP S (Hrsg.) Psychologie und Gynäkologie, S. 101. VCH, Weinheim 1991
- ROEDER H, SELLSCHOPP A, HENRICH G: Partnerschaft und Schwangerschaftskonflikt. PpMp Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 44, 153–158, 1994
- STAUBER M: Psychosomatik der sterilen Ehe. 2. Auflage. Grosse, Berlin 1988
- STAUBER M: Entwicklungstendenzen in der psychosomatischen Geburtshilfe und Gynäkologie. In DMOCH W, STAUBER M, BECK L (Hrsg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1989/1990, S. 1. Springer, Heidelberg 1990
- STAUBER M, HAUPT C: Pruritus vulvae als psychosomatische gynäkologische Erkrankung. Therapiewoche 30, 599–611, 1980
- STRAUSS B: Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung. Enke, Stuttgart 1991
- STRAUSS B, APPELT H: Psychologie der Menstruation. In DAVIES-OSTERKAMP S (Hrsg.) Psychologie und Gynäkologie, S. 37. VCH, Weinheim 1991
- WASSER SK, ISENBERG DY: Reproductive failure among women: Pathology or adaption? J Psychosom Obstet Gynecol 5, 153–175, 1986
- WENDERLEIN JM: Psychosomatik in der Gynäkologie. Thieme, Stuttgart 1981
- WITTICH A, LUCIUS-HÖHNE G: Psychische Störungen nach Hysterektomie. Psychother Med Psychol 38, 191–198, 1988
- ZINTL-WIEGAND A, KÖHLER F, WIEST: Bewältigungsstrategien junger Frauen vor und nach einer Hysterektomie: Trends und erste Ergebnisse einer 3jährigen Follow-up-Untersuchung. In TEICHMANN A, DMOCH W, STAUBER M (Hrsg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1988, S. 39. Springer, Heidelberg 1989

# P. Neurologische Erkrankungen

REINHARD LIEDTKE, MICHAEL STIENEN

## 1. Kopfschmerz

Nach neuer Klassifikation der International Headache Society sind von der Migräne über den Kopfschmerz nach Schädeltrauma bis hin zu den Kopf- und Gesichtsneuralgien und dem nichtklassifizierbaren Kopfschmerz insgesamt 13 Schmerzformen im Kopfbereich zu unterscheiden. Primäre, idiopathische Kopfschmerzsyndrome lassen sich dem symptomatischen Kopfschmerz gegenüberstellen, wobei die Migräne, der Clusterkopfschmerz und der Spannungskopfschmerz zu den erstgenannten Kopfschmerzsyndromen zählen und alle anderen Kopfschmerzformen mehr oder weniger dem Oberbegriff des symptomatischen Kopfschmerzes subsumiert werden (SOYKA, 1989).

Die Zuordnung bestimmter Syndrome mit ausschließlicher oder vorwiegender Psychogenese bleibt nach SOYKA (1989) strittig. Ein spezifisches psychogenes Kopfschmerzsyndrom wird verneint. Zu differenzieren ist zwischen Verursachung, Auslösung und Modifizierung des Schmerzleidens. Im Gefolge einer psychischen Störung könne es durch Herabsetzung der Schmerzschwelle und durch Labilisierung des autonomen Nervensystems zu einer *Modifizierung* eines bestehenden Schmerzsyndroms, beispielsweise einer Migräne, in Richtung häufigerer, stärkerer Schmerzen und vermehrter vegetativer Begleiterscheinungen kommen. Ein aktueller psychischer Streß könne als einmalig *auslösender* Faktor den besonderen Pathomechanismus des Migräneanfalles ausklinken. Die psychische Störung kann für den Kopfschmerz *ätiologisch* (teil-)verantwortlich

sein, beispielsweise im Rahmen einer endogenen Depression neben anderen leiblichen Mißempfindungen unmittelbarer Ausdruck der Depression sein (vgl. HAACK u. KICK, 1986).

Im Falle einer direkten ätiologischen Verknüpfung zwischen psychischer Störung und Kopfschmerz sind nach SOYKA (1989) folgende Wege der Pathogenese möglich: Die psychische Störung führt über eine Somatisierung a) zu einer nachhaltigen muskulären Kontraktion mit ischämischem Muskelschmerz (*Spannungskopfschmerz*) oder b) zu einer abnormen Kontraktion oder Dilatation kranialer Gefäße mit der Konsequenz eines *vaskulären Kopfschmerzes*. c) Läßt sich für den Schmerz kein somatisches Korrelat bestimmen, werden also nicht wie bei den erstgenannten Möglichkeiten Schmerzrezeptoren in der Muskulatur oder in der Gefäßwand oder schmerzleitende Bahnen irritiert, ist er ein psychisches Ausdrucksphänomen. Als *konversionsneurotisches* Phänomen wäre der Schmerz vergleichbar mit einer psychogenen hysterischen Lähmung, als *halluzinatorisches* Phänomen entspräche er psychotischen Sinnestäuschungen wie visuellen oder akustischen Halluzinationen.

Der *Konversionsmechanismus* (z.B. Schmerz als Sühnevorgang zur Entlastung von Schuldgefühlen im Zusammenhang mit aggressiven Impulsen) ist nach HOFFMANN und EGGLE (1993) eines von vier unterscheidbaren psychodynamischen Erklärungsprinzipien zur Entstehung psychogenen oder überwiegend psychogenen Schmerzes (s. EGGLE, Kap. IV.F). Der

*narzißtische Mechanismus* intendiert die Vermeidung oder Begrenzung einer subjektiv existentiellen Krise des Selbstgefühls und schließt den halluzinierten Schmerz des Psychotikers ein, mit dem dieser eine erlebbare, «erfühlbare» Ordnungsgestalt in sein Chaos zu bringen versucht. Die *primäre Umwandlung von Affekten in körperliche Spannungszustände* erfaßt vegetative Spannungszustände als Folge eines primär körperlich erlebten Affektdruckes. Im Rahmen der vegetativen Spannungszustände kann es zu erhöhten Muskelspannungen als unspezifische Reaktion auf unterschiedliche Belastungssituationen kommen (z. B. bei Patienten mit generalisierter Tendomyopathie oder Spannungskopfschmerz). Bei der Etablierung und Chronifizierung von Schmerzvorgängen spielen ferner das operante Konditionieren und die soziale Verstärkung eine entscheidende Rolle (*Prinzip der Lernvorgänge*).

Im folgenden wird auf die Kopfschmerzformen Migräne und Spannungskopfschmerz genauer eingegangen.

### 1.1 Migräne

Die Migräne ist eine gehäuft familiär und besonders bei Frauen vorkommende Neigung zu anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen, die hinsichtlich Lokalisation und Intensität, der Begleiterscheinungen, der Dauer und Häufigkeit eine erhebliche Variabilität aufweisen. Die Attacken treten häufiger ein- als beidseitig auf und können mit vegetativen Symptomen wie Übelkeit und Erbrechen sowie mit Schwankungen der Stimmungslage verbunden sein. Bei einer Reihe von Fällen treten in einem Prodromalstadium oder während der eigentlichen Kopfschmerzattacke vorübergehende Augensymptome oder fokale zerebrale Symptome auf. Die Schmerzanfälle korrelieren mit reversiblen vaskulären und biochemischen Vorgängen; pathologische Organbefunde fehlen (SOYKA, 1989).

Als wichtigste Varianten gelten die Migräne ohne und mit Aura. Die *Migräne ohne Aura* (einfache Migräne, common migraine, non-classical migraine) ist die weitaus häufigste Verlaufsform und durch Schmerzanfälle von 4- bis 72stündiger Dauer ohne phasenhaft abgesetzten Verlauf und ohne begleitende neurologische Funktionsstörungen im Sinne einer Aura gekennzeichnet. Neben der einseitigen Kopfschmerzlokalisierung sind der pulsierende Schmerzcharakter, starke Schmerzintensität, Begleitsymptome wie Lichtscheu und Übelkeit sowie Schmerzverstärkung bei

körperlicher Aktivität typisch. Die *Migräne mit Aura* (ophthalmische Migräne, migraine accompagnée, classical migraine) meint Kopfschmerzanfälle mit begleitenden, meist kurzzeitigen neurologischen Funktionsstörungen (visuelle, sensorische, motorische oder Sprachstörungen), die phasenhaft abgesetzt vor dem Kopfschmerzstadium auftreten oder dieses kurzdauernd begleiten können.

Die *Prävalenz* der Migräne steigt während der Kindheit ständig an. Um das 11. Lebensjahr sind etwa 5 Prozent der Kinder, annähernd gleich viele Jungen und Mädchen, betroffen. Die Prävalenz der Migräne beträgt nach der Pubertät etwa 8 Prozent bis 15 Prozent. 12 bis 15 Prozent aller Menschen haben gelegentliche, seltene Migräneattacken (s. DIENER, 1993). Bei der Migräne im Erwachsenenalter überwiegen deutlich die Frauen. Etwa ein Fünftel der Migränepatienten hat monatlich einmal oder mehrfach eine schwere Kopfschmerzattacke. Neuerkrankungen jenseits des 45. Lebensjahres sind sehr selten und erfordern eine genaue differentialdiagnostische Abklärung. Während der Schwangerschaft bessert sich die Migräne bei 80 Prozent der Frauen, bleibt bei 10 Prozent unverändert und verschlechtert sich bei 10 Prozent. Hauptsächlich von der mütterlichen Seite her besteht familiär eine ausgeprägte Migränedisposition.

Die *Ätiologie* der Migräne ist noch unbekannt. Ein multikonditionales Geschehen, bei dem offenbar genetische, biochemische, vaskuläre, nervale und psychische Faktoren eine individuell möglicherweise unterschiedlich gewichtete Rolle spielen, wird angenommen (SOYKA, 1989).

Psychischen *Auslösern* der Migräne scheint mehr Gewicht als hormonellen, physikalischen oder alimentären Auslösern zuzukommen, wobei der private Bedeutungsgehalt, den ein Patient bestimmten Situationen zuschreibt, entscheidender als das Ausmaß des externen Stressors ist (KNAPP, 1983 a). Als Migräneauslöser wurden unter anderem beschrieben: Urlaubsbeginn und Entspannung nach anstrengender Tätigkeit, insbesondere auch an Wochenenden, Anspannung in Prüfungen sowie Erwartungs- und Versagensangst, zunehmende Verantwortung, unterdrückte Konflikte, Ärger, Wut, Aggression,

Kritik-Situationen. Empirisch-experimentell gesichert ist nach KNAPP (1983 a) die Variable Kritik; als übergreifende Gemeinsamkeit der psychischen Auslöser wird vom Autor eine erhöhte emotionale Streßreaktivität bzw. deren Nachwirkungen in darauffolgenden Entspannungsphasen genannt.

Auch von psychoanalytisch orientierten Autoren wird neben der Abwehr aggressiv-expansiver Bestrebungen und feindseliger Gefühle die narzißtische Störbarkeit von Migränepatienten betont und das Auftreten eines Migräneanfalls im Zusammenhang mit einer narzißtischen Kränkung diskutiert (HAAS, 1985; LARBIG, 1982). BECK (1980; vgl. HOFFMANN u. EGLE, 1993) begreift aufgrund seiner Therapieerfahrungen den Migräneanfall als Reparationsversuch nach narzißtischer Kränkung. Die schmerzhaft Überstimulation des Kopfes und der Rückzug von den Objektbeziehungen sollen eine weitergehende Regression verhindern, die sonst bis zur Fragmentierung des Selbst und zur kurzzeitigen psychotischen Dissoziation führen könnte. PACKARD et al. (1989) weisen darauf hin, daß der auftretende Kopfschmerz manchmal als geringeres von zwei Übeln dem Patienten erlaubt, eine stärker emotionsgeladene Situation zu vermeiden.

Die Frage einer typischen *Migränepersönlichkeit* wurde frühzeitig aufgeworfen. Als perfektionistisch, ehrgeizig, ordnungsliebend, leistungsorientiert und Feindseligkeit unterdrückend, als Neurotiker des Pflichtbewußtseins sind Migränepatienten beschrieben worden (s. HAMSTER, 1982; KNAPP, 1983 a). PETERS und Mitarbeiter sprechen in Anlehnung an den Typus melancholicus TELLENBACHS vom *Typus migraenicus* mit existentiellen Ängsten bzw. Todes- und Trennungsangst in der Kernschicht. Zur Abwehr der bedrohlichen Ängste werden sozial geschätzte Eigenschaften wie Ordentlichkeit, Anhänglichkeit, Nachgiebigkeit und Hilfsbereitschaft ausgebildet, die aber zunehmend zu Abhängigkeit und Unselbständigkeit sowie zur emotionalen Entfaltungshemmung führen. Wird dabei ein bestimmtes Maß überschritten, entwickeln sich Aggressionen, welche jedoch wiederum die in der Tiefe vorhandenen Trennungsängste mobilisieren und so zur Aggressionsabwehr nötigen. Die Aggressivität kann nur in verdeckter Form zutage treten, beispielsweise in überakzentuierter Unterwürfigkeit, was die Unselbstän-

digkeit und emotionale Entfaltungshemmung weiter verstärkt und zu erneuter Aggressionsentwicklung führt. Schließlich kann es zur Aggressionsüberflutung kommen, in welcher dieser Typus aus seinem mühsam aufrecht erhaltenen Gleichgewicht gerät und unter der Symptomatik etwa eines Migräneanfalls entgleist (SCHÄFER et al., 1982). Es wird angenommen, daß es sich bei der Persönlichkeitsstruktur des Typus migraenicus um eine überwiegend bei Migränikern feststellbare, möglicherweise bereits prämorbid ausgeformte Typus-melancholicus-Struktur handelt. Nach einer von SCHÄFER (1990) berichteten empirischen Untersuchung, in der 96 Migränepatienten mit Hilfe verschiedener Fragebogen mit Normalpersonen, Neurotikern, psychosomatisch Kranken, anderen Schmerzkranken und monopolar Depressiven verglichen wurden, wiesen sich die Migräniker gegenüber den Kontrollgruppen mit Ausnahme der monopolar Depressiven durch eine signifikant erhöhte Ausprägung von Typus-melancholicus- bzw. -migraenicus-Eigenschaften aus.

Von anderer Seite wird nach kritischer Sichtung entsprechender empirischer Untersuchungen eine typische Migräne-Persönlichkeit eher angezweifelt (KNAPP, 1983 a), auf recht widersprüchliche Forschungsergebnisse hingewiesen (HAMSTER, 1982; SCHOLZ, 1985) oder ausgehend von eigenen Studien eine allenfalls partielle Bestätigung des Bildes der Migränepersönlichkeit vermerkt (z.B. SCHMIDT et al., 1986; HUNDLEBY u. LOUCKS, 1985). Auch KÖHLER et al. (1987, 1991) können aufgrund eigener Fragebogenuntersuchungen an nichtklinischen Stichproben die These einer umschriebenen Migränepersönlichkeit nicht stützen und sprechen sich entschieden gegen entsprechende überzogene Verallgemeinerungen aus.

PASSCHIER et al. (1984) können hingegen sowohl bei den Migräne- als auch bei den Spannungskopfschmerzpatienten ihrer Untersuchung eine erhöhte Leistungsmotivation gegenüber den Kontrollpersonen feststellen, jedoch keinen diesbezüglichen Unterschied zwischen den beiden Kopfschmerzgruppen. Hinsichtlich des ebenfalls mit einem Fragebogen erfaßten Abwehrverhaltens ließen sich für die Migränepatienten keine bedeutsamen Abweichungen erheben. Auch RAPPAPORT et al. (1988) und WOODS et al.

(1984) untersuchen sowohl Migräne- als auch Kopfschmerzpatienten vom Spannungstyp. Über die Hälfte der Migränepatienten zeichnete sich in der ersten Untersuchung gegenüber deutlich weniger Patienten mit Spannungskopfschmerz durch ein Typ A-Verhaltensmuster aus (vgl. Kap. IV.A.3). In der zweiten Studie ist bei beiden Kopfschmerzformen eine zunehmende Symptommfrequenz mit höheren Werten auf der Typ A-Skala des Jenkins Activity Survey verbunden.

Auf die medikamentöse *Therapie* der Migräne als Anfalls- und Intervallbehandlung soll hier nicht eingegangen werden (s. SOYKA, 1989). Psychotherapeutischen Maßnahmen stehen Migräne- bzw. Kopfschmerzpatienten erfahrungsgemäß nicht selten ablehnend gegenüber. Entsprechende Motivationsarbeit ist durch den behandelnden Arzt zu leisten, indem er z. B. ansatzweise die situative Abhängigkeit des Auftretens der Kopfschmerzen von psychosozialen Auslösern bzw. Belastungen zu eruieren versucht, bisherige Symptombewältigungsversuche thematisiert oder zu Entspannungsübungen rät und die Erfahrungen des Patienten mit dem Entspannungsverfahren in den fortzusetzenden ärztlichen Gesprächen aufgreift.

Nichtapparative *Entspannungsverfahren* wie die Progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON stellen nach KNAPP (1983 b; vgl. LARBIG, 1982; SOYKA, 1989) sinnvolle Adjuvantien in der psychologischen Behandlung der Migräne dar. Auch im Vergleich mit den apparativen Verfahren wird die gute Wirksamkeit der Progressiven Muskelrelaxation herausgestellt (HAAG 1982; KNAPP, 1983 b). GERBER (1982, 1982 a, 1990) empfiehlt ein kombiniertes Entspannungstraining und streicht die Indikation von Entspannungsverfahren bei Patienten mit starken vegetativen Begleitsymptomen heraus.

Auch die *Biofeedbacktherapie* ist meist nur als ergänzende Behandlungsmaßnahme indiziert (HAAG, 1982). Zu nennen sind vor allem das Handerwärmungstraining und das Vasookonstriktionstraining (GERBER, 1990; HAAG, 1982).

Die *Konkordanztherapie* (GERBER, 1982 b, 1990) als komplexes kognitiv-verhaltensorientiertes Verfahren strebt mit Hilfe verschiedener Techniken eine Übereinstimmung zwischen Handeln, Fühlen und Denken an. Die Wirksamkeit der Methode bei Migränepatienten

ist belegt. Auch das *Situative Muskel- und Gefäßentspannungsprogramm* (SEP) versucht, verschiedene Therapiebausteine (Entspannungsverfahren, Selbstkontrollverfahren, kognitive Elemente usw.) im Hinblick auf die spezifische Problem- und Symptomkonstellation chronischer Migränepatienten in einem stufenweise aufgeführten Programm zusammenzufassen. In einer randomisierten klinischen Vergleichsstudie zeigte sich eine signifikante Reduktion der Migräneanfallfrequenz und Intensität in der SEP- und der Akupunkturbehandlungsgruppe gegenüber der unveränderten Gruppe der Wartelistepatienten. Eine signifikante Reduktion der Medikamenteneinnahme wurde jedoch nur in der SEP-Gruppe festgestellt (DOERR-PROSKE u. WITTCHEN, 1985).

*Psychoanalytische Therapieansätze* haben den unterdrückten Aggressionskonflikt, vornehmlich auf der Grundlage einer Abhängigkeitsproblematik mit starken Trennungsängsten, und die narzißtische Fragilität der Migränepatienten in den Vordergrund gerückt und die perfektionistische Lebenseinstellung betont (HAAS, 1985; LARBIG, 1982). Der Kopfschmerz festigt oft die bestehende Abhängigkeitsbeziehung und ist Anlaß zu zahlreichen Vermeidungen, die eine Verselbständigung weiter untergraben. Gerade eine aufdeckende psychoanalytische Therapie wird daher oft nicht oder allenfalls verzögert angestrebt, in welcher der Therapeut dann im Sinne eines narzißtisch-masochistischen Triumphes mit der Unlösbarkeit des Problems konfrontiert werden kann. Über mehr oder minder erfolgreiche analytische Therapien, über die Kombination von analytischer Therapie mit aktiven verhaltensmodifikatorischen Elementen und auch über erfolglose psychoanalytische Behandlungen von Migränepatienten wird berichtet (LARBIG, 1982; HAAS, 1985; KNAPP, 1983 b). Nach unserer Erfahrung ist oft initial eine stationäre analytisch ausgerichtete Psychotherapie (unter Ein-schluß von Entspannungstechniken wie JACOBSON-Relaxationstraining und anderen körperorientierten Verfahren) angezeigt, an die sich in der Regel eine längerfristige ambulante analytisch orientierte Gruppen- oder Einzelpsychotherapie anschließen muß. Auch

PETERS et al. (1981) plädieren ausgehend vom Typus migraenicus für eine zunächst mehrwöchige stationäre psychosomatische Therapie der Migräne. Sie läßt sich durch die Phase der Medikamentenentwöhnung, eine Rekonstruktion der biographischen Vorgeschichte mit tiefenpsychologischer Erarbeitung der für den Typus migraenicus charakteristischen Grundkonstellationen und deren Aufweis in einzelnen Lebenssituationen kennzeichnen. Begleitend findet eine Entspannungsbehandlung mit stützenden psychotherapeutischen und physikalischen Maßnahmen statt. Kata-mnestische Untersuchungen an Patienten mit schweren chronischen Kopfschmerzsyndromen drei Jahre nach dieser an den psychosomatischen Voraussetzungen der Schmerz-bereitschaft ansetzenden Psychotherapie unterstreichen die Effektivität des Konzeptes (PHILIPP et al., 1983).

## 1.2 Spannungskopfschmerz

Der Spannungskopfschmerz, bei dem zwischen episodischen und chronischen Formen unterschieden wird, ist unscharf definiert und sorgt für diagnostische Verwirrung. Meist wird darunter ein Schmerzsyndrom verstanden, das mit einer durch innere oder äußere Streßreize hervorgerufenen Verspannung von Kopfmuskeln korreliert, wobei primär vertebrale und vasomotorische Ursachen auszuschließen sind. Überschneidungen mit der Migräne, mit der er kombiniert vorkommen kann, und dem nichtmigränen vasculären bzw. vasomotorischen Kopfschmerz sind gegeben. Eine spezifische Symptomatologie, Ätiologie und Pathogenese gibt es nicht. Neuerdings werden auch Verläufe ohne eine entsprechende muskuläre Komponente dem Kopfschmerz vom Spannungstyp subsumiert (SOYKA, 1989).

Der Schmerz tritt gewöhnlich bilateral mit Schwerpunkt in der Nacken-Hinterkopfregion auf, von wo er sich diffus über die gesamte Schädeldecke bis zur Stirn- und Augenregion ausbreitet. Der Schmerzcharakter ist dumpf, spannend, ziehend, bohrend, anhaltend. Bei fast einem Drittel der Patienten ist der Spannungskopfschmerz mit Nausea verbunden. Etwa 10 Prozent der Patienten berichten über Erbrechen, auch

Lichtscheu und Flimmerskotome werden geschildert, so daß eine zuverlässige Abgrenzung von der Migräne nahezu unmöglich wird (SOYKA, 1989). Der Spannungskopfschmerz ist nach der Migräne die zweithäufigste Manifestation nichtsymptomatischer Kopfschmerzen. 25 Prozent aller Menschen leiden unter gelegentlichem Spannungskopfschmerz, 3 bis 10 Prozent der Bevölkerung unter häufigen Spannungskopfschmerzen (s. DIENER, 1993). Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt mit 25 bis 30 Jahren höher als das der Migräne. Frauen werden häufiger als Männer betroffen. Die Prävalenz des Spannungskopfschmerzes bei Kindern beträgt 6,8 Prozent.

Psychische Faktoren wie Angst, Depressivität, Spannungen im persönlichen und sozialen Umfeld, Streß und Neurotizismus spielen eine gewichtige *auslösende* Rolle. Dem Kopfschmerz vom Spannungstyp werden in der neuen Klassifikation der International Headache Society auch primär psychogene Kopfschmerzen zugerechnet, wie Kopfschmerz als konversionsneurotisches Symptom oder in Verbindung mit einer Depression oder einer Wahnstörung.

In einer Untersuchung von DE BENEDITTIS et al. (1990) ließen sich bei Patienten mit chronischen primären Kopfschmerzen (überwiegend vom Spannungstyp) signifikant mehr *belastende Lebensereignisse* in dem Jahr vor Kopfschmerzbeginn als bei den kopfschmerzfreien Kontrollpersonen nachweisen (vgl. NATTERO et al., 1990). Klinische Berichte weisen den Patienten mit Spannungskopfschmerz unter anderem die *Persönlichkeitseigenschaften* Feindseligkeit, Abhängigkeit und Depressivität zu. Fragebogenstudien bieten ein uneinheitlicheres Bild (s. KNAPP 1983 a; HAMSTER, 1982). Die Patienten mit Spannungskopfschmerz, Migräne oder kombiniertem Kopfschmerz scheinen, wie BISCHOFF et al. (1990) resümieren, im Hinblick auf Nervosität, Depressivität, Feindseligkeitsgefühle oder Ängstlichkeit eher ähnlich beeinträchtigt zu sein, was auch die starke Leistungsmotivation und erhöhte Furcht vor Mißerfolg betrifft (vgl. PASSCHIER et al., 1984). Patienten mit Muskelkontraktionskopfschmerz zeichnen sich möglicherweise gegenüber Migränikern durch größere Angst in sozialen Situationen und unangemessenere Streßverarbeitungsstrategien aus (s. SCHLAKE et al., 1988). Eine

«Spannungskopfschmerzpersönlichkeit» läßt sich aus solchen Daten freilich nicht ableiten (BISCHOFF et al., 1990). Auch bei diesem Störungsbild wie überhaupt bei chronischen nichtorganischen Kopfschmerzen stellt sich ferner die Frage, ob es sich bei den festgestellten psychopathologischen Auffälligkeiten um Ursachen oder Folgen des Kopfschmerzes handelt. Auch anhand der Ergebnisse empirischer Studien, welche eher die erste Annahme stützen (z. B. ARENA et al., 1985; BLANCHARD et al., 1989), ist eine endgültige Antwort nicht zu geben.

Angesichts der Chronizität des Leidens sollte in der *Behandlung* des Spannungskopfschmerzes auf Analgetika eher verzichtet werden, da ein Medikamentenabusus mit den Konsequenzen einer chronischen Intoxikation zu befürchten ist (SOYKA, 1989). Eine psychoanalytisch orientierte Einzel- oder Gruppenpsychotherapie ist nach unserer Erfahrung oft hilfreich. BELL et al. (1983) konnten bei Kopfschmerzpatienten für psychodynamisch orientierte Kurztherapie eine ähnlich gute Schmerzreduktion nachweisen wie für Biofeedback, wobei sich beide von einer nicht behandelten Kontrollgruppe signifikant unterschieden. Als verhaltenstherapeutische Verfahren haben sich die Progressive Muskelentspannung nach JACOBSON, EMG-Biofeedback, Streßbewältigungstraining und multimodale Therapieprogramme bei Spannungskopfschmerz bewährt (BISCHOFF et al., 1990). Auch Akupunktur und Physiotherapie haben sich neben medikamentösen Behandlungsversuchen als wirksam erwiesen (CARLSSON et al., 1990; PFAFFENRATH et al., 1988; SOYKA, 1989).

## 2. Dystonien

Dystonien sind durch langsame, unwillkürliche, tonische Kontraktionen der quergestreiften Muskulatur mit entsprechenden Bewegungen und abnormen Körperhaltungen gekennzeichnet. Sie werden in fokale, segmentale und generalisierte Formen eingeteilt (s. MÜLLER u. DICHGANS, 1993). Aus den fokalen Dystonien entwickeln sich nicht selten generalisierte Formen, vor allem wenn die Erkrankung vor dem 35. Lebensjahr einsetzt. Bei den nicht symptomatischen Formen der Dystonien wird auch die ätio-

logische Relevanz psychischer Faktoren diskutiert. Häufiger vorkommende Störungsbilder sind Torticollis, Blepharospasmus und Schreibkrampf.

### 2.1 Torticollis spasticus (zervikale Dystonie)

Der Torticollis als fokale Dystonie ist durch eine drehende (in 72 % der Fälle), seitwärts neigende (11 %) oder rein rückwärts gerichtete (9 %) Kontraktionsbewegung der Hals- und Nackenmuskulatur gekennzeichnet; weitere 8 Prozent sind gemischte Formen (LÜCKING et al., 1993). Das Erkrankungsalter liegt durchschnittlich bei 45 Jahren, wobei Frauen zweibis viermal häufiger als Männer betroffen sind; die Häufigkeit liegt bei 1:100 000.

Als Ursache wird eine Läsion im Bereich der Basalganglien angenommen, welche zu einer falschen Auswahl, Vorbereitung und Einleitung motorischer Programme führt (s. LELOW u. LAMPARTER, 1995). Eine *psychologische (Mit)-Verursachung* ist diskutiert worden, da bei einer großen Anzahl von Patienten kurz vor Ausbruch der Erkrankung intensive Streßerfahrungen eine Rolle spielen. Dementsprechend könnte initial ein psychologischer Faktor im Sinne einer Manifestationsförderung wirksam werden. Psychoanalytisch orientierte Autoren schreiben den Patienten eine gehemmte Aggressivität zu. Die Symptomatik wird symbolisch interpretiert, z. B. als schamhafte körperliche Abwendung von aktualisierten früheren Übertretungen, die als aggressiver Akt gegenüber einer Bezugsperson erlebt und schuldhaft verarbeitet wurden. Den Zusammenhang mit einer gestörten Körperwahrnehmung, auch im Sinne einer Dysmorphophobie (Mißgestaltsfurcht), beschreiben THOMÄ und KÄCHELE (1988). Das Gefühl der Unfähigkeit, den Körper kontrollieren zu können, belebt dabei latente Ängste und führt aufgrund einer mangelnden narzißtischen Körperbesetzung zu Beschämung und Schuldgefühlen. Diese UnlustAffekte lösen einen Abwehrvorgang aus, der schließlich im Symptom einen Kompromiß findet.

Bei Verlaufsbeobachtungen werden etwa 20 Prozent Spontanremissionen festgestellt. Häufig werden de-



pressive Persönlichkeitsmerkmale mit Selbstwertproblemen beschrieben, wobei zu berücksichtigen ist, daß die Patienten sich durch die Symptomatik körperlich stark beeinträchtigt fühlen.

*Therapeutisch* wird oft eine individuelle Krankengymnastik nach BRUNKOW durchgeführt, wobei Techniken vermittelt werden, die das hyperkinetische Bewegungsmuster hemmen und eine aktive Kontrolle und freie Beweglichkeit des Kopfes ermöglichen sollen. Biofeedbackverfahren werden zu Beginn angewendet. Autogenes Training und Hypnose werden ebenfalls als sofort einsetzbare Verfahren empfohlen, außerdem eine verhaltensorientierte Therapie zum Erlernen von Bewältigungsstrategien (s. ASCHOFF u. HALBGEWACHS, 1993). Auf Erfolge mit psychoanalytischer Therapie wies M. MITSCHERLICH (1983) hin, welche die Bedeutung der gestörten libidinösen Besetzung des Körpers herausstellte. Medikamentöse Vorgehensweisen umfassen Botulinustoxin-Injektionen sowie die Gabe von Muskelrelaxantien. Operative Verfahren bleiben eine ultima ratio.

## 2.2 Blepharospasmus

Beim Blepharospasmus handelt es sich fast immer um beidseits auftretende tonische Kontraktionen der das Augenlid umgebenden Muskulatur. In einigen Fällen überwiegen kurze, schnelle Muskelkontraktionen und dauerndes Blinzeln, in anderen kommt es zu wellenförmigen Verkrampfungen und anhaltendem Lidschluß. Das Auftreten ist häufig an Streßbelastung gebunden. Zu Beginn der Erkrankung können bestimmte motorische Aktionen, z. B. Griff an die Stirn oder Singen eines Liedes, den Ablauf unterbrechen. Bei Auftreten des Symptoms im jugendlichen Alter, in der Regel dann den Tics zuzuordnen, ist die Prognose mit 95 Prozent Spontanheilungen innerhalb von zwei Jahren günstig. Das Erkrankungsalter liegt meist zwischen 45 und 65 Jahren, wobei Frauen zweimal häufiger als Männer betroffen sind; die Prävalenz beträgt 1.7:100 000 (MÜLLER u. DICHGANS, 1993). Treten zusätzlich Muskelkontraktionen im Bereich des Mundes und Unterkiefers

auf, wird vom MEIGE-Syndrom gesprochen, das sich zu über 50 Prozent aus dem Blepharospasmus entwickelt.

Obgleich überwiegend organische Ursachen, nämlich Läsionen der Basalganglien, angenommen werden, spielen *psychosoziale Faktoren* in Auslösung und Verlauf der Störung, wie klinische Beobachtungen zeigen, eine wesentliche Rolle. Nicht selten treten auch vorübergehende Augenauffektionen, wie eine Konjunktivitis, zu Beginn der Erkrankung auf, die im Sinne einer klassischen oder operanten Konditionierung in Ergänzung des somatischen Faktors wirksam werden können. Aus psychoanalytischer Sicht ist auch dieses Symptom konversionsneurotisch-symbolisch verstanden worden: Das Auge bzw. der visuelle Wahrnehmungsvorgang wird schuldhaft als aggressiv-penetrierend erlebt und muß gestört werden.

Die Symptomatik kann sich ohne *Behandlung* so verstärken, daß aufgrund des persistierenden Lidkrampfes eine funktionelle Blindheit resultiert. Lokalinjektionen von Botulinus-Toxin haben neue therapeutische Hoffnungen geweckt. Zur direkten Symptombeeinflussung wird ferner eine EMG-Biofeedbackbehandlung und zur Verbesserung der Streßbewältigung die Muskelentspannung nach JACOBSON empfohlen (ZIELKE et al., 1994). Neben der verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise zur Aktivierung der Selbsthilfemöglichkeiten sollte zunehmend die psychosoziale Problematik in einer psychodynamischen Therapie erfaßt werden. Befriedigende Behandlungsergebnisse können oft kurzfristig erreicht werden.

## 2.3 Schreibkrampf

Der Schreibkrampf ist eine fokale Dystonie, die durch aktive Bewegung – beim Versuch zu schreiben – ausgelöst wird. Sie ist durch länger anhaltende Kontraktionen einzelner Muskeln charakterisiert, so daß feinere Bewegungen nicht möglich sind; Schwäche, Steifheit und Schmerzen können hinzukommen. Das Schreibutensil wird meist in einer ungewöhnlichen Weise gehalten: Der Schreibakt erfolgt mit erhöhtem Aufdruck und ist auch durch häufiges Absetzen verlangsamt; die Schrift wird unleserlich. Neben der Schreibtätigkeit können auch andere manuelle Arbeiten beeinträchtigt sein (z. B. Halten von

Messer und Gabel). Die Prävalenz beträgt 1.9:100 000, das mittlere Erkrankungsalter 39 Jahre; der Anteil der Männer überwiegt (MÜLLER u. DICHGANS, 1993).

In ätiologischer Hinsicht wird seit Anfang der achtziger Jahre häufiger ein organischer Erklärungsmodus (Läsionen in den Basalganglien) angeführt; dennoch bewegt sich die Zuordnung zwischen somatischer und psychischer Verursachung. Ein Viertel der Patienten entwickelt auch auf der anderen Seite das Symptom, wenn zum Ausweichen das Schreiben mit der anderen Hand erlernt wird. Darüber hinaus fällt auf, daß der Beginn der Symptomatik häufig durch besonders *belastete Lebenssituationen* gekennzeichnet ist (WINDGASSEN u. LUDOLPH, 1991). Im Rahmen psychodynamischer Erklärungsmodelle wird das Symptom als Ausdruck gehemmter Aggressivität verstanden, was in Persönlichkeitstests durch eine Tendenz zur übermäßigen Kontrolle oder Hemmung aggressiver Impulse bestätigt werden konnte. Die Patienten werden als generell emotional überkontrolliert, sensitiv und gewissenhaft beschrieben.

*Therapeutisch* sind psychologische Behandlungsverfahren erfolgversprechender als medikamentöse. In psychoanalytischer Einzelbetreuung ist eine fokaltherapeutische Vorgehensweise sinnvoll. Ausgehend von der lerntheoretischen These, daß es sich beim Schreibkrampf um eine konditionierte Reaktion handelt, wurden auch verhaltenstherapeutische Programme entwickelt mit Entspannungstraining, Schreibübungen und Hypnotherapie (ZIELKE et al., 1994).

### 3. Schlafstörungen

Die Störung des Schlafes stellt eines der häufigsten (psycho)vegetativen Symptome dar, was auch durch den enormen Schlafmittelkauf deutlich wird, der sich Anfang der achtziger Jahre in der BRD auf jährlich 40 Millionen Packungen belief. Lange Zeit galt die Hypothese, daß der Schlaf der allgemeinen körperlichen Erholung dient. Inzwischen bestätigt sich durch schlafphysiologische Untersuchungen die Vermutung, daß der Schlaf vor allem der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Gehirns dient. Mit zunehmender Schlafdeprivation treten stärkere psychologische Beeinträchtigungen auf, wie Ausfall des Kurzzeitgedächtnisses, depressive und

*Tabelle 1:* Klassifikation der Schlafstörung nach DSM-III-R.

#### *Dyssomnien*

1. Insomnien
  - primäre Insomnie
  - im Rahmen einer anderen psychischen Störung (z. B. generalisierte Angststörung)
  - bei bekanntem organischen Faktor (z. B. Arthritis)
2. Hypersomnien
  - primäre Hypersomnie
  - im Rahmen einer anderen psychischen Störung (z. B. dysthyme Störung)
  - bei bekanntem organischen Faktor (z. B. Schlafapnoe)
3. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
  - häufig wechselnder Typus
  - vorverlagerter oder verzögerter Typus
  - desorganisierter Typus
4. andere Dyssomnien

#### *Parasomnien*

1. Schlafstörung mit Angstträumen
2. Pavor nocturnus
3. Schlafwandeln
4. nicht näher bezeichnete Parasomnien

aggressive Verstimmungen, selten psychotische Zustände.

Im klinischen Alltag werden die Schlafstörungen nach DSM-III-R (WITTCHEN et al., 1989; s. Tab. 1) oder ICD-10 in *Dyssomnien* und *Parasomnien* eingeteilt. Bei den Dyssomnien sind Beeinträchtigungen hinsichtlich Dauer, Qualität und Zeitpunkt des Schlafes die Leitsymptome. Bei den Parasomnien ergibt sich die Beeinträchtigung aus einem abnormen Ereignis (Angsttraum, Nachtangst mit Panikschrei, Schlafwandeln), das während des Schlafes auftritt. Zur Diagnose ist eine umfassende Anamnese der körperlichen Beschwerden, psychischen Faktoren mit aktueller Lebenssituation, Lebensgewohnheiten und biographischen Daten notwendig. Eine weitergehende Untersuchung im Schlaflabor ist in relativ wenigen Fällen indiziert.

Die *Prävalenz* der Schlafstörungen im Erwachsenenalter liegt zwischen 20 und 50 Prozent der Gesamtpopulation, wobei die Insomnien den größten Anteil haben und keine geschlechtsspezifische Verteilung aufweisen. Sie sind gekennzeichnet durch Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten oder nicht erholsamen Schlaf und müssen definitionsgemäß wenigstens

dreimal pro Woche mindestens einen Monat lang auftreten. Eine prospektive Studie ergab eine stabile Prävalenz der Insomnien bei 20- bis 30jährigen von 36 bis 40 Prozent (ANGST et al., 1989). In höherem Lebensalter nehmen die Schlafstörungen bei Frauen deutlicher als bei Männern zu; unter 60- bis 80jährigen Menschen sind bis zu 90 Prozent zeitweilig schlafgestört. Verschiedene neurologische und internistische Erkrankungen (z. B. Parkinson-Krankheit, Angina pectoris) können sekundär Schlafstörungen verursachen. Eine Störung des Schlafes tritt auch häufig im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen auf (z. B. zwanghafte Persönlichkeitsstörung, Depression), kann Folge, zentrales Symptom oder in das Wechselspiel verschiedener Faktoren bei der Manifestation einer psychiatrischen Erkrankung eingebunden sein. Neben den bekannten Genußmitteln Tee, Nikotin und Kaffee (und andere koffeinhaltige Mittel) sind im neurologischen Bereich u. a. Nootropika, Migränemittel, Antikonvulsiva und Anti-Parkinson-Mittel potentiell Insomnie induzierend (FAUST, 1985).

Hinsichtlich der Umweltbedingungen sind vor allem Verschiebungen oder das Fehlen eines konstanten zeitlichen Ablaufes im Schlaf-Wach-Zyklus, wie es Folge unregelmäßiger Arbeitszeiten sein kann, sowie chemische Schadstoffe und Lärm (Wohnbedingungen) erwähnenswert.

Zur Entstehung und vor allem Chronifizierung von Schlafstörungen tragen Fehleinstellungen und Fehlerwartungen bei. Am Beginn stehen meist seelisch *belastende Situationen* und eine *mangelnde Streßbewältigung* am Tage, die ein erhöhtes psychophysiologisches Arousal bewirken. Der dadurch gestörte Schlaf zieht wiederum psychische Folgen, Konzentrationsstörungen, Gereiztheit, Müdigkeit und depressive Verstimmtheit am darauffolgenden Tag nach sich, welche die Anspannung und den Erwartungsdruck bzw. die Erwartungsangst erhöhen. Ein Kreislauf von Anspannung – Schlafstörung – erhöhte Anspannung – verstärkte Schlafstörung usw. entsteht. Die damit verbundenen Vorstellungen, eventuelle irrationale Befürchtungen («Wenn ich jetzt doch schlafe, komme ich nie wieder hoch») und weitere Reize werden zu Lernbedingungen, die schließlich auch das neurophysiologische System auf «Wachsein» konditionieren und zu einer Chronifizierung beitragen. Umgekehrt kann auch die Veränderung erlernter Konditionen schlafbegünstigender Rituale Auslösereiz dieser Störung sein.

Bei der Untersuchung von *psychoreaktiven Ursachen* sind für schlafgestörte Personen im Vergleich zu Normalschläfern biographische Auffälligkeiten vermerkt worden. In der Kindheit fühlten sich diese Personen in ihrer Familie weniger wohl und geborgen. Meist klagte mindestens ein Elternteil ebenfalls über Schlafstörungen und konnte so zur Identifikationsfigur werden. Auch in der Jugend und im Erwachsenenalter erlebten die Schlafgestörten weniger befriedigende soziale Bindungen und häufiger Konflikte im Umfeld (BERTI u. HOFFMANN, 1990). Bei Persönlichkeitsuntersuchungen fallen chronisch Schlafgestörte durch eine beeinträchtigte Affektsteuerung und Gefühle von Ängstlichkeit, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit und Selbstzweifel auf, die mit sozialen Rückzugstendenzen einhergehen. Schlafstörungen können auch unmittelbar Ausdruck einer neurotischen Symptombildung sein. Insbesondere Angstneurotiker vermeiden oft das Einschlafen aus Todesangst. Die mit dem Schlaf verbundene Regression des Ich, eine Herabsetzung der Abwehr und Zensur gegenüber verpönten Triebwünschen, wird vom Über-Ich zu verhindern versucht. Die Schlaflosigkeit ist Sühne, um dem Gewissen gerecht zu werden. Der Schlaf und die regressiven Prozesse können die existentielle Urangst, es gebe kein Aufwachen mehr, beleben, wobei die mythologische Nähe von Hypnos (Schlaf) zum Bruder Thanatos (Tod) hergestellt wird.

Am Beginn *therapeutischer Maßnahmen* steht die Vermittlung von Informationen zur Schlafphysiologie (z. B. Schlafstadien mit Tiefschlaf zur körperlichen Erholung und REM-Schlaf zur psychischen Erholung). Das Erlernen von Entspannungsverfahren, autogenes Training und progressive Muskelentspannung, soll das körperliche Wohlbefinden fördern. Um das pathologische Schlafverhalten zu ändern, sind Verhaltensregeln für eine systematische Stimuluskontrolle sinnvoll (feste Einschlafzeit mit ausreichender Müdigkeit, Vermeidung körperlicher Anstrengung und psychischer Anspannung, Wiederaufstehen bei mehr als viertelstündiger Unterbrechung des Schlafes). Auch paradoxe Interventionen, z. B. «Schlafen Sie gar nicht!», können gelegentlich hilfreich sein. Bei chronischen

Insomnien wird von SCHARFENSTEIN (1994) eine stationäre Behandlung mit verhaltenstherapeutischem Programm empfohlen. Eine medikamentöse Therapie über 4 bis 6 Wochen wird bei akuten Schlafstörungen versucht, stellt aber keine Dauertherapie dar. Überwiegen neurotische Konflikthintergründe, ist eine analytisch orientierte Psychotherapie indiziert.

Bei den *Parasomnien* handelt es sich um Erkrankungen, die in erster Linie Kinder und Jugendliche betreffen. Teils werden sie als anlagebedingte zerebrale Reifungsstörungen interpretiert, die durch psychische Belastungen ausgelöst oder verstärkt werden. Mindestens einmaliges Schlafwandeln tritt bei 15 bis 30 Prozent aller gesunden Kinder im Laufe ihrer Entwicklung auf, Nachtangstepisoden bei 1 bis 6 Prozent der vorpubertären Kinder; Psychotherapie ist empfehlenswert. Bei Auftreten von Pavor nocturnus und Somnambulismus im Erwachsenenalter bestehen Korrelationen mit psychopathologischen Auffälligkeiten. Etwa 5 Prozent der Allgemeinbevölkerung sind von Alpträumen betroffen.

#### 4. Chronisches Müdigkeitssyndrom

Seit Anfang der achtziger Jahre wird bei einem lange bekannten Krankheitsbild, das mit Schlafstörungen einhergeht und häufig nach Infekten auftritt, vom chronischen Müdigkeitssyndrom (chronic fatigue-syndrome, chronisches Erschöpfungssyndrom, postvirales Müdigkeitssyndrom) gesprochen. Hierbei handelt es sich um ein facettenreiches Beschwerdebild mit Kopf- und Muskelschmerzen, leichter Erschöpfbarkeit und allgemeiner Schwäche sowie psychischen Auffälligkeiten wie Konzentrationsstörungen, Vergeßlichkeit und Reizbarkeit. Zu den Hauptdiagnosekriterien nach HOLMES gehören das Auftreten lähmender Müdigkeit oder leichter Ermüdbarkeit mit Verringerung der Tagesaktivität unter die Hälfte des gewohnten Ausmaßes für mindestens sechs Monate (s. EWIG, 1993). Die Prävalenz liegt zwischen 2.3 bis 7.4 pro 100 000 bei Erwachsenen mit einem mittleren Manifestationsalter von 35 bis 38 Jahren und zweibis dreimal häufigerem Auftreten bei Frauen als bei Männern.

Ursächlich wurde vor allem eine Virusinfektion diskutiert. Inzwischen wird eine direkte virale Verursachung von Müdigkeit und Depression bezweifelt. Die *psychischen Merkmale* dieser Patienten finden auch vor dem Hintergrund des erkennbaren Einflusses psychosozialer Streßbelastung auf die Immunfunktion wieder mehr Beachtung. Klinische Beobachtungen zeigen neben depressiven und Angststörungen ein gemeinsames Auftreten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen in 40 bis 80 Prozent der Fälle. Insofern können einige Symptome auch als «larvierte» bzw. somatisierte Ausdrucksform der psychischen Grund auffälligkeit interpretiert werden (HOTOPF u. WESSELY, 1994).

Zu den *therapeutischen* Konzepten gehören vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierte Vorgehensweisen, die Aufklärung über die Erkrankung, Sensibilisierung gegenüber einer inadäquaten Krankheitsverarbeitung und Anleitung zu sportlichen Aktivitäten beinhalten. Spezifische Psychotherapie ist zur Bearbeitung der psychosozialen Problematik indiziert. Für eine Pharmakotherapie besteht keine verbindliche Empfehlung (s. EWIG, 1993).

#### 5. Restless-legs-Syndrom

Bei dieser Störung handelt es sich um Mißempfindungen in beiden Beinen mit Spannung und Schmerz in den Waden und einen imperativen Drang, die Beine zu bewegen, was vorübergehend Erleichterung bewirkt. Ferner tritt ein Unruhegefühl auf, das abends zunimmt und zu Schlafstörungen führt. Bettpartner beobachten nicht selten heftige Beinbewegungen des schlafenden Betroffenen (periodic movements in sleep). Der Spontanverlauf ist sehr variabel. Pathologische neurologische Befunde ergeben sich nicht. Ohne Bevorzugung eines Geschlechts liegt die Prävalenz bei 5000 pro 100 000 und wird bei Schlafstörungen mit 11 Prozent angegeben. Abgesehen von den symptomatischen Formen ist die Ursache des primären, idiopathischen Syndroms, das sich oft in der zweiten Lebensdekade manifestiert, unklar (DANEK, 1993). Die Verbindung mit einer affektiven Störung, einer somatisierten Angststörung, wird im älteren Terminus «anxietas tibiae» deutlich. Das Symptom kann als

Abwehr einer Angst vor Kontrollverlust und vor Regression im Schlaf verstanden werden. Auch andere affektive Erkrankungen und Suizidalität, ob Folge oder Mitverursachung, bleibt offen, sind beobachtbar (BERKOWITZ, 1984; NEWTON et al., 1989).

Neben einer medikamentösen *Therapie* (L-Dopa, Carbamazepin oder Clonidin) haben Methoden der Tiefenentspannung wie autogenes Training eine Besserung bewirkt (RIEMANN et al., 1994). Die psychotherapeutische Bearbeitung der affektiven Störung ist in vielen Fällen indiziert; doch gibt es trotz der hohen Prävalenz wenig Erfahrungsberichte.

## 6. Konversionsstörungen

Konversion umfaßt einen Mechanismus der Symptombildung, bei der ein psychischer Konflikt in motorische, sensorische oder andere körperliche Symptome umgewandelt wird (vgl. Kap. II.B). Bei 10 Prozent der neurologischen Patienten wird eine Konversionsstörung festgestellt (LEMPERT et al., 1990). Ferner wird diese Diagnose häufig bei Patienten aus internistischen Kliniken erhoben. Zwischen 10 und 50 Prozent der Krankenhauspatienten mit Konversionssymptomen leiden zusätzlich an organischen Erkrankungen. Konversionsstörungen finden sich zweibis dreimal häufiger bei Frauen und überwiegen im Alter zwischen 40 und 50 Jahren.

Zur Diagnosestellung sind «positive» Kriterien notwendig, um keine Verlegenheitsdiagnose zu verwenden. Die Symptomenstellung sollte in einer zeitlichen Verbindung mit einem *emotional belastenden Konflikt* stehen. Frühere Somatisierungen und depressive Reaktionen im Zusammenhang mit Konflikt- und Schwellensituationen (z.B. Schulwechsel, Umzug, Eintritt ins Berufsleben) oder traumatischen Lebensereignissen (z.B. Tod einer Bezugsperson, sexueller Mißbrauch, Scheidung der Eltern) sowie eine interpersonelle Dynamik, die auf einen sekundären Krankheitsgewinn hindeutet, können wegweisend sein (vgl. KAPFHAMMER et al., 1992). Als eher unsicherer Beleg gelten die dramatisch-theatralische Schilderung der Be-

schwerden oder «la belle indifférence», eine Affektlosigkeit bei der Beschreibung schwerster aktueller Symptome.

Bei den Konversionsstörungen überwiegen generell die Schmerzsyndrome. Unter den neurologischen Patienten folgen der Häufigkeit nach motorische und sensorische Störungen, Schwindel, Anfälle und mentale Funktionsstörungen. Auf okuläre und auditive Symptome sowie Sprechstörungen, seltenere Erscheinungsbilder, wird hier nicht eingegangen (vgl. Kap. IV.Q).

### 6.1 Motorische Störungen

Bei den motorischen Störungen (20 bis 25 % der Konversionsstörungen, s. LEMPERT et al., 1990) überwiegen die *psychogenen Gangstörungen*. Das Gehen ist durch Schwächegefühl und Unsicherheit beeinträchtigt. Die Lähmung kann sich auf bestimmte Funktionen beziehen, während andere Bewegungen nicht betroffen sind. So kann das Bein zwar «gelähmt» sein und als Anhängsel erlebt werden, das nicht mehr kontrolliert werden kann (Abasie); das Stehen auf dem Bein ist jedoch möglich. Weitere motorische Störungen sind neben der Lähmung der oberen Extremitäten (z.B. psychogene Armlähmung) Steifigkeit, Krämpfe und Zittern der Willkürmuskulatur anderer Körperregionen (z.B. Handzittern). Im Gefolge der motorischen Störungen können auch Atrophien auftreten; die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist jedoch normal.

Patienten mit motorischen Störungen sind nicht selten auf eine organische Verursachung fixiert, erwarten vom Arzt die entsprechende Bestätigung und sind mit einem negativen organischen Untersuchungsbefund unzufrieden. Aus Enttäuschung wird der nächste Arzt aufgesucht. Besonders in solchen Fällen sollte die Ursachenfindung zurückgestellt und ein *Therapieangebot* gemacht werden, das neben Krankengymnastik ein suggestiv-hypnotherapeutisches Vorgehen enthält und gegebenenfalls in eine konfliktbearbeitende Therapie übergeleitet werden kann. Bei stärkerer Bewegungseinschränkung ist eine stationäre Behandlung indiziert. ZIELKE et al. (1994) beschreiben ein kombiniert krankengymnastisch-verhaltenstherapeutisches Programm.

## 6.2 Sensorische Störungen

Bei etwa 15 Prozent der Patienten mit Konversionsstörungen bestehen Störungen der Sensorik (LEMPERT et al., 1990). Bei den Sensibilitätsstörungen (z. B. Hemiästhesie) sind meist nicht alle Empfindungsqualitäten betroffen. Die psychogene Analgesie stellt die Störung einer Qualität dar. Sensibilitätsstörungen treten häufig in Form scharf abgegrenzter und über den Körper verteilter Areale auf, die sich in ihrer Ausdehnung bei mehrmaliger Untersuchung verändern können. Neben Anästhesien kommen vor allem Hyperästhesien (meist mit erhöhter Schmerzempfindung) vor. Umfassendere Therapieveröffentlichungen liegen nicht vor.

## 6.3 Anfälle

Psychogene Anfälle kommen bei etwa 15 Prozent der Patienten mit Konversionsstörungen vor, wobei generalisierte Anfallsformen überwiegen. Ein Wechsel der Anfallsform ist selten. Auch halbseitige Anfälle, Automatismen und plötzliches Zusammensacken ähnlich «drop attacks» sind manchmal beobachtbar. Der klassische «arc de cercle» ist heute selten geworden. Psychogenen Anfällen gehen in über der Hälfte der Fälle Prodromi (Auren) voraus, die vielgestaltig sein können, z. B. Sausen in den Ohren, Druck im Bauch oder Engegefühl im Hals mit Erstickungsangst. Da psychogene Anfälle auch bei etwa 20 Prozent der Epilepsiekranken vorkommen, kann die Diagnose schwierig sein. Ein allmählicher Beginn mit wechselhaftem Verlauf und szenisch-dramatischer Ausgestaltung weisen auf ein pseudoepileptisches Geschehen hin. Auch Zungenbiß (wenn, dann vorwiegend an der Spitze), Einnässen oder Einkoten sowie postiktale Umdämmerung treten meist nicht auf (s. SCHULTZ-VENRATH, 1995).

Die Prognose ist eher ungünstig; nur etwa ein Drittel der Patienten wird wieder anfallsfrei. Bei traumatischen Lebensereignissen in der Vorgeschichte (z. B. sexueller Mißbrauch) und schwierigen sozialen Verhältnissen verschlechtert sich die Prognose. Sozialtherapeutische Betreuung ist oft erforderlich. Unab-

hängig von der Methode ist aber jede psychotherapeutische Vorgehensweise bei pseudoepileptischen Anfällen erfolgreicher als der Spontanverlauf (s. SCHULTZ-VENRATH, 1995).

## 6.4 Schwindel

Psychogener Schwindel tritt in etwa 20 Prozent der Patienten mit Konversionsstörungen auf (LEMPERT et al., 1990). Die Patienten klagen über spontan oder situativ ausgelösten Schwindel mit Benommenheit, Stand- oder Gangunsicherheit und der Furcht zu sterben oder verrückt zu werden. Zusätzlich können Erstickungs- oder Beklemmungsgefühle, Hitze- oder KälteWellen, Zittern, Beben, Parästhesien und Palpitationen sowie Herzrasen und Schwitzen angegeben werden. Neurologischerseits wird von einem phobischen Attacken-Schwankschwindel gesprochen, der aufgrund bestimmter Sinnesreize beispielsweise auf Brücken oder in sozialen Situationen wie Kaufhaus- und Restaurantbesuch auftreten kann und Vernichtungsangst mit Vermeidungsverhalten zur Folge hat. Umgekehrt klagen auch Patienten mit starken diffusen oder eingegrenzten Ängsten und Patienten mit depressiven Störungen über Schwindel. Und schließlich kann Schwindel auch anstelle eines unangenehmen Affektes (z. B. Schuldgefühl, Niedergeschlagenheit, Ärger, Angst) auftreten (s. LAMPARTER, 1995; vgl. auch Kap. IV.Q).

Bei eingegrenzten Ängsten hat sich, auch zur Dekonditionierung von Vermeidungsverhalten, die Verhaltenstherapie bewährt. Bei verbalisierbarem Konfliktfeld ist bei gegebener Motivation eine analytisch orientierte Psychotherapie indiziert. Anxiolytika und Antidepressiva können vorübergehend notwendig sein.

## 6.5 Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen

Psychogene Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen werden oft auch von den Betroffenen von vornherein als psychisch verursacht angesehen. Bei einer allgemeinen Prävalenz

von 25 Prozent kommen derartige Symptome unter Krankenhauspatienten mit Konversionsstörungen mit 2 Prozent der Fälle vergleichsweise selten vor (FRANZ et al., 1993). Schwere Gedächtnisstörungen können als amnestische Episoden («transient global amnesia») plötzlich auftreten und nach Stunden wieder abklingen. Dabei steht eine anterograde und meist auch eine geringere retrograde Amnesie im Vordergrund, die als Angstäquivalent verstanden werden kann. Es besteht ein Zusammenhang mit akuten psychophysischen Streßbelastungen (z. B. Erhalt schlechter Nachrichten, aber auch ungewöhnliche körperliche Anstrengung); wiederholt wurde eine vasale Genese mit ischämischen Attacken diskutiert.

Therapeutisch sollte die Klärung der gegenwärtigen Lebensumstände des Patienten im Mittelpunkt stehen, die eine Fokalthherapie und das Erlernen eines Entspannungsverfahrens sinnvoll erscheinen lassen können.

## 7. Multiple Sklerose

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine häufig zunächst schubförmig und später chronisch-progredient oder seltener auch primär chronisch-progredient verlaufende Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS), deren vielfältige Symptomatik auf disseminierte, in allen Bereichen des ZNS mögliche Entmarkungsherde mit im Verlauf wechselnder Lokalisation zurückgeht. Für die Diagnose der MS gibt es bisher keinen krankheitsspezifischen Nachweis. Bei Berücksichtigung der klinischen Symptomatik (Sensibilitätsstörungen wie Par- und Dysästhesien, Augensymptome wie Visusabfall bei Retrobulbärneuritis, Hirnstammsymptome wie Trigeminalneuralgie, Blasen- und Mastdarmstörungen wie imperativer Harndrang, zerebelläre Symptome wie Intentionstremor bei Zielbewegungen, Pyramidenbahnsymptome wie Reflexsteigerungen bzw. spastische Paresen, anfallsartige Phänomene wie epileptische Anfälle, psychische Störungen wie Depressionen) und der Ergebnisse der Liquoruntersuchung läßt sich jedoch im Verlauf der

Erkrankung anhand verschiedener Kriterien eine klinisch eindeutige Diagnose stellen. Die Mehrzahl der Patienten bleibt über Jahre wenig behindert, bis sich im chronisch-progredienten Stadium eine bleibende Behinderung ergibt. Kranke mit rascher initialer Progredienz haben eine ungünstigere Prognose. Die mittlere Krankheitsdauer liegt inzwischen bei über 25 Jahren (POSER et al., 1981).

Die *Ursachen* der Erkrankung sind noch nicht bekannt. Auch für die MS ist eine sogenannte Slow-virus-Genese vermutet worden. Virustheorie und Autoimmunitäthypothesen bestimmen gegenwärtig die wichtigsten Forschungsrichtungen.

Die MS ist in unseren Breiten eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen. Die *Prävalenz* ist am höchsten in Nord- und Mitteleuropa, in Südkanada und in den nördlichen USA sowie in Neuseeland. Das Risiko einer MS-Erkrankung ist für Angehörige von MS-Kranken 5- bis 20mal größer als für die Normalbevölkerung. Genetische Disposition und gemeinsame Exposition werden als Gründe für die familiäre Häufung diskutiert. Frauen erkranken wesentlich häufiger als Männer an MS, das mittlere Erkrankungsalter liegt bei beiden Geschlechtern um das 30. Lebensjahr.

Eine antiphlogistische bzw. immunsuppressive Therapie mit Kortikoiden, ACTH oder Zytostatika (Azathioprin) wird in der Regel durchgeführt. Symptomatische Behandlungsmaßnahmen, z. B. bei spastischen Paresen, kommen hinzu (POSER et al., 1981).

### 7.1 Psychosoziale Faktoren und Krankheitsbeginn

Schon Mitte des vergangenen Jahrhunderts äußerte CHARCOT die Vermutung, daß Leid, Sorgen und ungünstige Veränderungen der Lebensumstände ursächlich mit dem Krankheitsbeginn verbunden sein könnten (zit. n. GRANT et al., 1989). Spätere Fallstudien haben einerseits einen auffälligen Zusammenhang zwischen emotionaler Belastung und dem Beginn der MS bestätigen können (s. WARREN et al., 1982); so berichtet beispielsweise BÖHME-BLOEM (1994) über einen Patienten mit zahlreichen Verlustängsten in der Kindheit, späterer Herzangst und dann auftretender MS-Hypochondrie, deren Übergang in

die manifeste MS von bedeutsamen Lebensereignissen, wie dem Tod des Vaters, begleitet wird. Andererseits wird die Generalisierbarkeit derartiger Zusammenhänge verneint (POSER et al., 1981). Nach eigenen, im konsiliarischen Umgang mit MS-Kranken und in einer empirischen Untersuchung von über 60 unausgewählten Patienten gewonnenen Erfahrungen bejaht annähernd die Hälfte die Frage nach einem deutlichen Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und dem erstmaligen oder Wiederauftreten von Symptomen.

Kontrollierte Studien führten zu teilweise recht unterschiedlichen Ergebnissen (s. GRANT et al., 1989). WARREN et al. (1982) verglichen 100 MS-Patienten mit einer Kontrollgruppe neurologischer und rheumatologischer Patienten. Signifikant mehr MS-Kranke berichteten von ungewöhnlicher *Streßbelastung* in einem Zweijahreszeitraum vor Krankheitsbeginn (79 % der MS- vs. 54 % der Kontrollpatienten), und die MS-Patienten gaben dreimal so viele *belastende Lebensereignisse* wie die Kontrollpersonen im Vorfeld der Erkrankung an. GRANT et al. (1989) untersuchten MS-Patienten mit relativ kurzer Krankheitsdauer. Der Anteil der Patienten mit belastenden Lebensumständen in dem Jahr vor Krankheitsbeginn war signifikant größer als der entsprechende Anteil bei den gesunden Kontrollpersonen (77 % vs. 35 %), welche Informationen für das dem Untersuchungsinterview vorausgehende Jahr zu geben hatten. In den letzten sechs Monaten vor Krankheitsbeginn nahm der Anteil der MS-Patienten mit stärker bedrohlichen Lebensereignissen noch zu. Eventuell auf das Krankheitsgeschehen zu beziehende Ereignisse und Schwierigkeiten wurden ausgeklammert. Bei dieser retrospektiven Untersuchung, die zum Vergleich Gesunde heranzieht, ist das methodenimmanente Problem der nachträglichen Bedeutungsgebung auf seiten der nach Erklärung suchenden Kranken («effort after meaning») besonders zu gewichten. Die Autoren meinen jedoch, daß die ermittelten Stressoren, vielleicht durch Störung eines schon instabilen neuroimmunologischen Systems, den Zeitpunkt der Symptomezazerbation bei einigen Patienten mit MS erklären könnten.

## 7.2 Psychische Störungen bei Multipler Sklerose

Psychische Symptome, beispielsweise depressive Zustände (WHITLOCK u. SISKIND, 1980), können als erstes Zeichen einer MS den neurologischen Symptomen vorausgehen. Nach einer Untersuchung von

SKEGG et al. (1988) wurden 15 Patienten aus einer Stichprobe von 91 MS-Kranken zwischen dem ersten Auftreten von Beschwerden und der Diagnose der MS einem Psychiater vorgestellt. Zehn dieser Patienten hatten Symptome, die der MS zuzuschreiben waren, wie Sehstörungen, Taubheitsgefühle und Parästhesien. Acht von ihnen erhielten psychiatrische Diagnosen, darunter vier mit Verweis auf eine hysterische Persönlichkeit oder Konversionsreaktion (vgl. VANDERPLATE, 1984). Die Autoren betonen mit Recht, daß Vorsicht geboten ist, wenn Patienten mit körperlichen Symptomen einer psychiatrischen (bzw. psychosomatischen) Beurteilung unterzogen werden. Sie verschweigen aber auch das Problem einer übertriebenen Ausschlußdiagnostik und des Übersehens einer (gewöhnlich behandelbaren) psychiatrischen Störung nicht und weisen auf eine Untersuchung hin, nach der 14 Patienten schließlich als psychiatrisch erkrankt eingestuft werden mußten, die einer konsekutiven Stichprobe von 400 an eine MS-Forschungsabteilung überwiesenen Patienten angehörten.

Ihre Übersichtsarbeit über affektive Störungen bei der MS leiten MINDEN und SCHIFFER (1990) mit der Bemerkung ein, daß die emotionale Dimension der Erkrankung von großer heuristischer und klinischer Wichtigkeit ist und eine kontinuierliche Beachtung durch Wissenschaftler und Kliniker verdient. Sie kritisieren, daß bei der Charakterisierung emotionaler Störungen der Begriff *Euphorie* oft unscharf verwendet worden ist und diese leider immer noch als untrügliches Kennzeichen der MS angesehen wird. Die Angaben zur Prävalenz der Euphorie bei der MS schwanken jedoch zwischen 63 und 0 Prozent. Als Konsens gilt nach MINDEN und SCHIFFER (1990), daß die Euphorie ein neurologisch begründeter, durch Demyelinisierung entstandener emotionaler Zustand und kein psychologischer Prozeß ist, der vorwiegend bei Patienten mit fortgeschrittener, disseminierter Erkrankung auftritt. Die tatsächliche Prävalenz ist unbekannt. Pathologisches Lachen und Weinen kann bei euphorischer Stimmung, aber auch unabhängig davon auftreten und wird ebenfalls als neurologisch begründete Störung aufgefaßt.

Kontrollierte Studien erlauben den Schluß, daß die Prävalenzrate für relevante *depressive Zustände* bei MS-Patienten höher als bei Patienten mit verschiedenen vergleichbaren medizinischen und neurologischen Erkrankungen ist. Für das tatsächliche Vorkommen wird eine



Spanne von 27 bis 54 Prozent angenommen. Eine multifaktorielle Ätiologie der Depressionen mit Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren gilt als am wahrscheinlichsten. Nach einer Studie von SCHIFFER (1987) mit unterschiedlichen psychosozialen Behandlungsstrategien besserte sich die Depression vor allem, wenn sie im Zusammenhang mit einer klinisch bedeutsamen Krankheitsaktivität aufgetreten war. Bipolare Störungen (mit manischen oder hypomanischen Episoden als Hauptmerkmal) scheinen ebenfalls gehäuft bei Patienten mit MS aufzutreten, möglicherweise auf der Grundlage eines biologisch-genetischen Mechanismus. MINDEN und SCHIFFER (1990) schließen ihren Überblick mit dem Hinweis, daß Behandlungsfragen in der Forschung über affektive Störungen bei der MS am stärksten vernachlässigt werden; neben placebo-kontrollierten Medikamenten-Doppelblindstudien sind systematische Untersuchungen von Einzel- und Gruppenpsychotherapien notwendig.

Nach RON (1986) entspricht das Vorkommen von *Schizophrenien* bzw. schizophrenieähnlichen Psychosen bei der MS wahrscheinlich dem in der Allgemeinbevölkerung. Über die gleichzeitige Manifestation beider Krankheitszustände und über das Auftreten psychotischer Symptome bei bereits gesicherter MS wird berichtet.

Nach kontrollierten neuropsychologischen Studien sind *kognitive Funktionsstörungen* unterschiedlichen Ausmaßes bei 30 bis 70 Prozent der Patienten anzunehmen (RAO, 1990). Vorherrschendes Merkmal der Hirnleistungsbeeinträchtigung sind Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Intellektuelle Funktionen erfassende Untersuchungen lassen auf ein geringes Vorkommen einer schweren Demenz schließen. Das abstrakt-konzeptuelle Denken ist oft beeinträchtigt, ebenso die visuell-motorische Koordination. Letzter Befund ist auch von Bedeutung im Hinblick auf die Befähigung zum Autofahren.

### 7.3 Krankheitsverarbeitung und psychosoziale Interventionen

Die Frage, ob und wann dem Patienten die Diagnose «Multiple Sklerose» zu eröffnen ist, wird angesichts der Unheilbarkeit des Leidens kontrovers diskutiert. Einerseits wird für die *Mitteilung der Diagnose* plädiert, sobald diese gesichert ist, andererseits von einer Kon-

frontation mit der Diagnose abgeraten. HIRSCHMANN und ZIMMERMANN (1987) baten über 100 MS-Patienten, zu Zeitpunkt und Umständen der Diagnoseeröffnung aufgrund eigener Erfahrung Stellung zu nehmen (vgl. ELIAN u. DEAN, 1985). Zwei Drittel der Befragten, Bezieher des Mitteilungsblattes der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, wünschten rückblickend eine möglichst frühe und umfassende Aufklärung, während ein Drittel den Zeitpunkt der Diagnoseeröffnung vom Verlauf der Erkrankung bzw. eintretenden Behinderungen abhängig sehen wollte. Gegen eine frühe Aufklärung äußerten sich meist Patienten mit generell oder wenigstens zunächst gut remittierenden Schüben bzw. langen freien Intervallen. Den Ergebnissen dieser Befragung entspricht, daß die Problematik der Diagnoseeröffnung heute weniger im «ob» als im «wann» und vor allem im «wie» gesehen wird. Ein Gespräch unter vier Augen, ohne Zeitdruck und mit umfassender Aufklärung wird von den Patienten erwartet, die jeweils erlebte Mitteilungspraxis (Tarn Diagnosen, zufälliges Erfahren der Diagnose usw.) oft heftig kritisiert.

Die Antworten der MS-Patienten dieser Befragung spiegeln wider, daß die Mitteilung der Diagnose keineswegs nur als schlechte Nachricht gewertet wird, sondern auch entlasten und hilfreich sein kann. Dennoch bleibt die Angst vor einem neuen Schub und dem Fortschreiten des Krankheitsgeschehens bestehen, als dunkelste Zukunftsangst wird häufig die Möglichkeit eines Lebens im Rollstuhl mit zunehmender Abhängigkeit von anderen formuliert. In den Anfangsstadien der Erkrankung ist ein Schwanken zwischen verleugnender Abwehr mit pseudoeuphorischem Verhalten und depressiv-resignativem Rückzug zu beobachten. MATSON und BROOKS (1977) beschrieben ein Vier-Stufen-Modell der Krankheitsbewältigung. An das Stadium der Verleugnung schließt sich die Phase des Widerstandes an, in der die Patienten in der Hoffnung auf Heilung unterschiedlichste therapeutische Wege versuchen. Das Stadium der Annahme der Krankheit ist durch bewußte Lebensumstellungsprozesse gekennzeichnet. In der Stufe der Integration gewinnt der Patient zunehmend ein realistisches Bild von sich und seiner Krankheit (vgl. SEIDLER, 1985).

In einem Zeitraum von fünf Jahren nach Diagnosemitteilung hat die Mehrheit einer von GÖRRES et al. (1977, vgl. BROOKS u. MATSON, 1982) untersuchten Patientengruppe von 60 MS-Kranken relativ stabile Verarbeitungs- und Bewältigungsformen im Erleben und im Umgang mit der MS ausgebildet, wobei sich mehrere

Verarbeitungstypen unterscheiden ließen. BÜCHI et al. (1989) befragten Mitglieder der Schweizerischen MS-Gesellschaft mittels eines Fragebogens zur psychischen Verarbeitung ihrer Krankheit. Es zeigte sich, daß die weiblichen Patienten unter den insgesamt 298 Kranken trotz etwas ausgeprägter körperlicher Beschwerden ihren psychischen Zustand gegenüber den männlichen Patienten subjektiv als besser einschätzten. Ihre Einstellung zur Krankheit war optimistischer, weniger ängstlich und depressiv, sie beschäftigten sich weniger mit ihrer Krankheit und deren negativen Folgen als die männlichen Kranken. Bei krankheitsbedingter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden berufstätige Männer häufiger invalidisiert als im Haushalt tätige Frauen. Frühzeitige Invalidisierung scheint sich auf das psychische Wohlbefinden und die Krankheitsverarbeitung negativ auszuwirken. Die Frage einer Berentung von MS-Patienten sollte daher nicht vorschnell entschieden werden (vgl. GÖRRES et al., 1988; RITTER, 1985).

BUSSE und KRONSEIN (1981) berichten über *therapeutische Gruppen* und über *Selbsthilfegruppen* (vgl. Kap. V.C) von MS-Kranken, die in regelmäßigen Gesamttreffen auch mit einem Neurologen und einem Psychotherapeuten zusammenkommen. Als Erfolge dieser Gruppenarbeit werden ein verbesserter Informationsstand über die Krankheit und über die sozialrechtlichen Fragen herausgestellt. Die Isolationstendenz der Gruppenmitglieder ist rückläufig, und die Paarbeziehungen werden realitätsbezogener. Das Selbstwertgefühl, als Indikator eines nicht mehr so stark von Angst bedrohten Selbstkonzeptes, hat zugenommen. Doch nach einer Befragung von KIESSLING et al. (1990) hatten nur 4,9 Prozent eines Untersuchungskollektivs von über 800 MS-Patienten im Verlauf der Erkrankung Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe; weitere 3 Prozent nannten stützende Gespräche durch den Hausarzt oder Nervenarzt im Rahmen ihrer ambulanten Betreuung als hilfreich; Einzel- oder Gruppentherapie wie auch andere psychotherapeutische Maßnahmen wurden noch seltener angegeben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, daß eine professionelle psychologisch-psychotherapeutische Betreuung von MS-Betroffenen selten erfolgt. Obwohl genauere Bedarfsanalysen fehlen, ist der tatsächliche Bedarf schon angesichts der Häufigkeit gravierender depressiver Zustände und Ängste oder sexueller Probleme (DEWIS u. THORNTON, 1989) sicher höher einzuschätzen.

## Literatur

- ANGST J, VOLLRATH M, KOCH R, DOBLER MIKOLA A: The Zurich Study. VII. Insomnia: Symptoms, classification and prevalence. *Eur Arch Psychiat Neurol Sci* 238, 285–293, 1989
- ASCHOFF JC, HALBGEWACHS FJ: Über den langjährigen Verlauf des Torticollis, die medizinische Therapie und deren Stellenwert im Vergleich zu anderen Therapien. In RICHTER HP, BRAUN V (Hrsg.) *Schiefhals. Behandlungskonzepte des Torticollis spasmodicus*, S. 49, Springer, Berlin 1993
- BELL NW, ABRAMOWITZ SI, FOLKINS CH, SPENSLEY J, HUTHINSON GL: Biofeedback, brief psychotherapy and tension headache. *Headache* 23, 162–173, 1983
- BERKOWITZ HL: Restless legs syndrome disguised as an affective disorder. *Psychosomatics* 25, 336–337, 1984
- BERTI LA, HOFFMANN SO: Psychogene und psychoreaktive Störungen des Schlafes. *Nervenarzt* 61, 16–27, 1990
- BISCHOFF C, TRAUE HC, ZENZ H: Spannungskopfschmerz. In BASLER HD, FRANZ C, KRÖNER-HERWIG B, REHFISCH HP, SEEMANN H (Hrsg.) *Psychologische Schmerztherapie*, S. 250, Springer, Berlin 1990
- BÖHME-BLOEM C: Psychoanalyse und Körpererleben. In STRAUSS B, MEYER AE (Hrsg.) *Psychoanalytische Psychosomatik*, S. 215, Schattauer, Stuttgart 1994
- BROOKS NA, MATSON RR: Social-psychological adjustment to multiple sclerosis. *Soc Sci Med* 16, 2129–2135, 1982
- BÜCHI S, BUDEBERG C, SIEBER M: Die Bedeutung somatischer und psychosozialer Faktoren für die Krankheitsverarbeitung von Multiple-Sklerose-Kranken. *Nervenarzt* 60, 641–646, 1989
- BUSSE O, KRONSEIN HJ: Somatische und psychosoziale Therapiekonzepte bei der multiplen Sklerose (II). *Med Welt* 32, 721–725, 1981
- CARLSSON J, AUGUSTINSSON LE, BLOMSTRAND C, SULLIVAN M: Health status in patients with tension headache treated with acupuncture or physiotherapy. *Headache* 30, 593–599, 1990
- DANEK A: Restless-legs-Syndrom. In BRANDT T, DICHGANS J, DIENER HC (Hrsg.) *Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen*, S. 277, Kohlhammer, Stuttgart 1993
- DE BENEDITIS G, LORENZETTI A, PIERI A: The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. *Pain* 40, 65–75, 1990
- DEWIS ME, THORNTON NG: Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 21, 175–179, 1989
- DIENER HC: Migräne. In BRANDT T, DICHGANS J, DIENER HC (Hrsg.) *Therapie und Verlauf neuro-*

- logischer Erkrankungen, 2. Aufl., S. 3, Kohlhammer, Stuttgart 1993
- DIENER HC: Spannungskopfschmerz und andere seltene Kopfschmerzen. In BRANDT T, DICHGANS J, DIENER HC (Hrsg.) Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, 2. Aufl., S. 44, Kohlhammer, Stuttgart 1993
- DOERR-PROSKE H, WITTCHEN HU: Ein muskel- und gefäßorientiertes Entspannungsprogramm (SEP) zur Behandlung chronischer Migränapatienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 31, 247–266, 1985
- ELIAN M, DEAN G: To tell or not to tell the diagnosis of multiple sclerosis. *Lancet* 2, 27–28, 1985
- EWIG S: Das chronische Müdigkeitssyndrom. *Dt Med Wschr* 118, 1373–1380, 1993
- FAUST V: Schlafstörungen. Häufigkeiten – Ursachen – Schlafmittel – nicht medikamentöse Schlafhilfen. Hippokrates, Stuttgart 1985
- FRANZ M, SCHELLBERG D, REISTER G, SCHEPANK H: Häufigkeit und Verlaufsscharakteristika neurologisch relevanter psychogener Symptome. *Nervenarzt* 64, 369–376, 1993
- GERBER WD: Behandlung durch Entspannungstechniken. In GERBER WD, HAAG G (Hrsg.) Migräne, S. 187, Springer, Berlin 1982 a
- GERBER WD: Uni- und multidimensionale Therapieansätze. In GERBER WD, HAAG G (Hrsg.) Migräne, S. 207, Springer, Berlin 1982 b
- GERBER WD: Migräne. In BASLER HD, FRANZ C, KRÖNER-HERWIG B, REHFISCH HP, SEEMANN H (Hrsg.) Psychologische Schmerztherapie, S. 266, Springer, Berlin 1990
- GÖRRES HJ, ZIEGELER G, FRIEDRICH H, LÜCKE G: Krankheit und Bedrohung. Formen psychosozialer Bewältigung der Multiplen Sklerose. *Z Psychosom Med Psychoanal* 34, 274–290, 1988
- GRANT I, BROWN GW, HARRIS T, McDONALD WI, PATTERSON T, TRIMBLE MR: Severely threatening events and marked life difficulties preceding onset or exacerbation of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 52, 8–13, 1989
- HAACK HP, KICK H: Wie häufig sind Kopfschmerzen Ausdruck einer endogenen Depression? *Dt Med Wschr* 111, 621–624, 1986
- HAAG G: Biofeedbacktherapie. In GERBER WD, HAAG G (Hrsg.) Migräne, S. 198, Springer, Berlin 1982
- HAAS JP: Die Migräne im Spiegel psychodynamischer Forschungsbeiträge. *Z Psychosom Med Psychoanal* 31, 14–24, 1985
- HAMSTER W: Zur Psychodiagnostik. In GERBER WD, HAAG G (Hrsg.) Migräne, S. 69, Springer, Berlin 1982
- HIRSCHMANN J, ZIMMERMANN CW: Multiple Sklerose – Eröffnung der Diagnose. Stellungnahmen Betroffener: Wann?, Wie?, Überhaupt? *Fortschr Neurol Psychiat* 55, 279–288, 1987
- HOFFMANN SO, EGLE UT: Psychodynamisches Verständnis von Schmerz. In EGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg.) Der Schmerzkranken, S. 91, Schattauer, Stuttgart 1993
- HOTOPF MH, WESSELY S: Viruses, neurosis and fatigue. *J Psychosom Res* 38, 499–514, 1994
- HUNDLEBY JD, LOUCKS AD: Personality characteristics of young adult migraineurs. *J Pers Assess* 49, 497–500, 1985
- KAPFHAMMER HP, BUCHEIM P, BOVE D, WAGNER A: Konversionssymptome bei Patienten im psychiatrischen Konsildienst. *Nervenarzt* 63, 527–538, 1992
- KIESSLING WR, WEISS A, RAUDIES G: Zum Stand der professionellen psychischen Betreuung Multiple-Sklerose-Kranker. *Rehabilitation* 29, 201–203, 1990
- KNAPP TW: Migräne I. Symptomatologie und Ätiologie. Beltz, Weinheim 1983 a
- KNAPP TW: Migräne II. Psychologische Therapie. Beltz, Weinheim, 1983 b
- KÖHLER T, KRANZ J, VANSELOW B: Die «Migränerpersönlichkeit» – mehr als ein Mythos? *Psychother Med Psychol* 37, 170–174, 1987
- KÖHLER T, DULZ K, BUCK-EMDEN E, PETERS G: Weitere Bemerkungen zur Migränerpersönlichkeit. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 134–137, 1991
- LAMPARTER U: Schwindel. In AHRENS S, HASENBRING M, SCHULTZ-VENRATH U, STRENGE H (Hrsg.) Psychosomatik in der Neurologie, S. 122, Schattauer, Stuttgart 1995
- LARBIG W: Psychoanalytische Therapieansätze. In GERBER WD, HAAG G (Hrsg.) Migräne, S. 223, Springer, Berlin 1982
- LARBIG W: Behandlung mit Hilfe von Hypnose, Akupunktur und transkutaner Nervenstimulation. In GERBER WD, HAAG G (Hrsg.) Migräne, S. 172, Springer, Berlin 1982
- LEMPERT T, DIETRICH M, HUPPERT D, BRANDT T: Psychogenic disorders in neurology: Frequency and clinical spectrum. *Acta Neurol Scand* 82, 335–340, 1990
- LEPLOW B, LAMPARTER U: Torticollis spasmodicus. In AHRENS S, HASENBRING M, SCHULTZ-VENRATH U, STRENGE H (Hrsg.) Psychosomatik in der Neurologie, S. 251, Schattauer, Stuttgart 1995
- LÜCKING CH, DEUSCHL G, HEINEN F: Klinische Symptomatologie und neurophysiologische Diagnostik des Torticollis spasmodicus. In RICHTER HP, BRAUN V (Hrsg.) Schiefhals. Behandlungskonzepte des Torticollis spasmodicus, S. 1, Springer, Berlin 1993
- MATSON RR, BROOKS NA: Adjusting to multiple sclerosis: An exploratory study. *Soc Sci Med* 11, 245–250, 1977
- MINDEN SL, SCHIFFER RB: Affective disorders in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 47, 98–104, 1990

- MITSCHERLICH M: Zur Theorie und Therapie des Torticollis. In STUDDT HH (Hrsg.) Psychosomatik in Forschung und Praxis, S. 401, Urban & Schwarzenberg, München 1983
- MÜLLER F, DICHGANS J: Dyskinesien. In BRANDT T, DICHGANS J, DIENER HC (Hrsg.) Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, S. 977, Kohlhammer, Stuttgart 1993
- NATTERO G, DE LORENZO C, BIALE L, TORRIE E, ANCONA M: Idiopathic headaches: Relationship to life events. *Headache* 26, 503–508, 1986
- NEWTON JR, SHAPIRO C, STEWART A: Thirty years' war: A battle with insomnia. *Brit J Psych* 154, 691–696, 1989
- PACKARD RC, ANDRASIK F, WEAVER R: When headaches are good. *Headache* 29, 100–102, 1989
- PASSCHIER J, VAN DER HELM-HYLKEMA H, ORLEBEKE JF: Personality and headache type: A controlled study. *Headache* 24, 140–146, 1984
- PETERS UH, SCHÄFER ML, PHILIPP M: Psychosomatische Therapie der Migräne. *Z Psychosom Med Psychoanal* 27, 338–346, 1981
- PFÄFFENRATH V, WERMUTH A, PÖLLMANN W: Der Spannungskopfschmerz – Eine Übersicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 56, 403–418, 1988
- PHILIPP M, SCHÄFER ML, PETERS UH: 3 Jahres-Katamnesen bei psychosomatisch behandelten Kopfschmerzsyndromen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 29, 270–275, 1983
- POSER S, WIKSTRÖM J, BAUER HJ: Multiple Sklerose. In HOPF HC, POECK K, SCHLIACK H (Hrsg.) Neurologie in Praxis und Klinik, Bd. II, S. 5, Thieme, Stuttgart 1981
- RAO SM: Multiple sclerosis. In CUMMINGS JL (ed) Subcortical dementia, S. 164, Oxford Universities Press, New York 1990
- RAPPAPORT NB, MCANULTY DP, BRANTLEY PJ: Exploration of the type A behavior pattern in chronic headache sufferers. *J Consult Clin Psychol* 56, 621–623, 1988
- RIEMANN D, SCHÖNBRUNN E, HOHAGEN F, BERGER M: Beeinträchtigungen des Schlafs: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten des Schlaflabors. In ZIELKE M, STURM J (Hrsg.) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie, S. 831, Beltz, Weinheim 1994
- RITTER G: Psychosoziale Aspekte der Multiplen Sklerose – Verlauf und Bewältigung einer chronischen Krankheit. *Wien Med Wschr* 135, 48–52, 1985
- RON MA: Multiple sclerosis: Psychiatric and psychometric abnormalities. *J Psychosom Res* 30, 3–11, 1986
- SCHÄFER ML, PETERS UH, PHILIPP M: Psychodynamik der Migräne. *Psychother Med Psychol* 32, 43–46, 1982
- SCHÄFER ML: Typus-melancholicus-Struktur in der Persönlichkeitsausprägung von Migränikern. *Nervenarzt* 61, 408–412, 1990
- SCHARFENSTEIN A: Verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm bei chronischen Insomnien. In ZIELKE M, STURM J (Hrsg.) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie, S. 848, Beltz, Weinheim 1994
- SCHIFFER RB: The spectrum of depression in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 44, 596–599, 1987
- SCHLAKE HP, GROTEMEYER KH, SARTOR C, HUSSTEDT IW: Testpsychologische Unterschiede bei Patienten mit Migräne und Muskelkontraktionskopfschmerz. In SOYKA D (Hrsg.) Chronische Kopfschmerzsyndrome, S. 135, Fischer, Stuttgart 1988
- SCHMIDT FN, CARNEY P, FITZSIMMONS G: An empirical assessment of the migraine personality type. *J Psychosom Res* 30, 189–197, 1986
- SCHOLZ OB: Die sogenannte Migräne-Persönlichkeit. *Fortschr Med* 103, 869–873, 1985
- SCHULTZ-VENRATH U: Psychogene und nichtepileptische Anfälle. In AHRENS S, HASENBRING M, SCHULTZ-VENRATH U, STRENGE H (Hrsg.) Psychosomatik in der Neurologie, S. 107, Schattauer, Stuttgart 1995
- SEIDLER GH: Die psychosoziale Verarbeitung einer Erkrankung an Multipler Sklerose. *Z Psychosom Med Psychoanal* 31, 61–80, 1985
- KEGG K, CORWIN PA, SKEGG DCG: How often is multiple sclerosis mistaken for a psychiatric disorder? *Psychol Med* 18, 733–736, 1988
- SOYKA D: Kopfschmerz, 2. Aufl., VCH Verlagsgesellschaft, Weinheim 1989
- THOMÄ H, KÄCHELE H: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2, Springer, Berlin 1988
- VANDERPLATE C: Psychological aspects of multiple sclerosis and its treatment: Toward a biopsychosocial perspective. *Health Psychol* 3, 253–272, 1984
- WARREN S, GREENHILL S, WARREN KG: Emotional stress and the development of multiple sclerosis: Case-control evidence of a relationship. *J Chron Dis* 35, 821–831, 1982
- WINDGASSEN K, LUDOLPH AC: Psychiatric aspects of writer's cramp. *Eur Arch Psychiat Neurol Sci* 240, 171–176, 1991
- WITTCHEN HU, SASS H, ZAUDIG M, KOEHLER K (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – DSM III-R, S. 363, Beltz, Weinheim 1989
- WOODS PJ, MORGAN BT, DAY BW, JEFFERSON T, HARRIS C: Findings on a relationship between type A behavior and headaches. *J Behav Med* 7, 277–286, 1984
- ZIELKE M, KOSARZ P, LEIDIG L, WEIDHAAS HJ: Motorische Störungen – Behandlungskonzepte unter besonderer Berücksichtigung des Torticollis spasmodicus und des Blepharospasmus. In ZIELKE M, STURM J (Hrsg.) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie, S. 882, Beltz, Weinheim 1994

# Q. Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen

ULRICH LAMPARTER

## 1. Zur Stellung der Psychosomatik in der HNO-Heilkunde

In der persönlichen Beziehung zwischen SIGMUND FREUD und dem Berliner HNO-Arzt WILHELM FLIESS bestand anfänglich zwischen der HNO-Heilkunde und der sich seit Anfang des 20. Jahrhunderts so stürmisch entwickelnden psychologischen Medizin eine intensive Verbindung.

In der Folgezeit gingen jedoch beide Fächer weitgehend voneinander getrennte Wege.

Erstmals stellte LÜSCHER (1959) den psychosomatischen Gesichtspunkt in der HNO-Heilkunde im deutschen Sprachraum zusammenfassend und grundlegend dar. Aber bis heute sind die Krankheitsbilder des HNO-ärztlichen Fachgebietes – bis auf wenige Ausnahmen – noch nicht durchgängig und systematisch unter psychosomatischen Gesichtspunkten erforscht. So verdankt die HNO-Heilkunde im wesentlichen ihre Fortschritte den enorm verfeinerten diagnostischen und operativen Techniken, während die der psychosomatischen Domäne zuzuschlagenden funktionellen Störungen im HNO-Bereich – wiewohl in der Praxis häufig – an den die Forschung im wesentlichen tragenden Universitätskliniken eher in den Windschatten geraten sind (HOFFMANN, 1986). Ein weiterer Grund mag wissenschaftshistorisch begründet sein: Frühe psychosomatische Ansätze bezogen sich hauptsächlich auf den Mechanismus der «Konversion» als erklärendes Prinzip – man nahm bei der deutenden Interpretation von Symptomgestalten häufig eine Beziehung zu sexuellen Konflikten über eine «Verschiebung von unten nach oben» an, die letztlich aber als Erklärung vieler – durchaus in ihrer Natur als psychosomatisch erkannter – Störungen unbefriedigend blieb.

Heute steht eine breitere Palette an erklärenden Prinzipien (Haltungsäquivalent, Affektäquivalent, Konditionierung usw.) zur Verfügung. Zudem wird auch der Gesichtspunkt mehr in den wissenschaftlichen Blick genommen, daß Hals, Nase und Ohr Grenzorgane zur Außenwelt darstellen, die Auseinandersetzungen des Individuums mit der Umwelt tragen und in ihren Dysfunktionen eine Störung in der Auseinandersetzung zwischen Individuum und Umwelt entsprechend widerspiegeln können. Insgesamt bietet das Fachgebiet der HNO-Heilkunde noch viele weiße Flecken auf der psychosomatischen Landkarte. Bei der Darstellung der praktischen Psychosomatik muß so immer wieder auf klinisches Erfahrungswissen verwiesen werden.

## 2. Nase

### 2.1 Psychosomatische Probleme im Zusammenhang mit der äußeren Form der Nase

Die äußere Form der Nase prägt den Gesichtsausdruck, und die Nase wird so zum vielfältigen, teils bewußten, teils unbewußten Bedeutungsträger. Konflikte um Alter und Einsamkeit, besonders aber Selbstwertkonflikte im Rahmen einer Selbstakzeptationsproblematik können sich an der Nasenform thematisieren und sich bis zu einer *Nasenformhypochondrie* (einer Sonderform der

Dysmorphophobie) ausgestalten. Korrigierende operative Eingriffe in diesen Fällen bergen die Gefahr eines vom Patienten als unzulänglich erlebten Ergebnisses. Auch bei zufriedenstellend erlebtem operativen Resultat kann – scheinbar paradoxerweise – eine depressive Entwicklung beginnen, – als nämlich dann der Schutzmechanismus («wenn ich nur eine andere Nase hätte, wäre alles anders») außer Kraft gesetzt wurde und sich außer der Nasenform doch nichts im Leben des Patienten verändert hat. Auf der anderen Seite gibt es Patienten, die nachvollziehbar an dem Ausdruck leiden, den ihr Gesicht durch die Nasenform gewinnt. Ihnen kann durch kosmetische Eingriffe tatsächlich wirksam geholfen werden. In Zweifelsfällen sollte vor der operativen Korrektur eine psychosomatische Konsiliaruntersuchung erfolgen.

## 2.2 Akute Rhinitis

Die akute Rhinitis im Rahmen einer banalen Erkältung war bislang noch kaum ein Gegenstand systematischer psychosomatischer Untersuchungen: Dennoch ist es eine allgemeine Erfahrung, daß Erkältungen oft nach «Kränkungen» auftreten oder «psychosomatische Ventile» bei lang hintangehaltenen Regressionswünschen darstellen. Der Einfluß von «Streß» auf die Entwicklung eines Schnupfens läßt sich experimentell belegen (COHEN u. TYRELL, 1991).

## 2.3 Chronische Rhinopathie («Rhinitis»)

Durch die Nasenmuscheln, die – vegetativ innerviert – als Schwellkörper fungieren, wird dem Luftstrom eine großflächige Möglichkeit der Interaktion mit der Nasenschleimhaut angeboten. Besonders die Temperatur, aber auch die Durchfeuchtung der Einatemluft wird über die Intensität der Durchblutung der Nasenmuscheln reguliert. Dabei vermittelt eine vermehrte parasympathische Innervation das Anschwellen der Nasenschleimhaut, in der sympathischen Reaktionslage kommt es zu einer nasalen Vasokonstriktion mit einer Erweiterung der Nasenräume.

Nasenobstruktion, Rhinorrhoe, Niesreiz, Hyposmie und «post drip» (Schleimabfluß in den Rachen) sind die gemeinsamen Hauptsymptome der in zwei klinischen Bildern auftretenden chronischen Alteration der nasalen Regulationsfunktionen: der mit einem allgemeinen Krankheitsgefühl einhergehenden, oft mit Konjunktivitis und Tränenfluß verbundenen *allergischen Rhinopathie* auf dem Boden einer vorausgegangenen Immunisierung gegen Pollen, Hausstaub, Tierhaare usw. und der *vasomotorischen Rhinopathie*, die über rein vegetative Mechanismen vermittelt ist.

### 2.3.1 Allergische Rhinopathie («Rhinitis»)

Die allergische Rhinopathie unterteilt sich in zwei Formen: eine saisonale, den eigentlichen Heuschnupfen, der durch Gräser, Baum- oder Kräuterpollen hervorgerufen wird, und eine perenniale (das Jahr hindurch anhaltende) Form, die z. B. durch Hausstaubmilben, Tierhaare oder Schimmelpilze bedingt sein kann.

Die saisonale Form geht meist mit allen klassischen Zeichen der serösen Rhinitis einher, während bei der perennialen Form oft bis auf eine Nasenmuschelhyperplasie kein pathologischer Befund gefunden wird (ZENNER, 1987).

Am Anfang der Pathogenese steht bei beiden Formen eine immunologische Phase, in welcher spezifische Antigene mit an Mastzellen oder basophilen Granulocyten gebundenen IgE-Komplexen interagieren. Intrazellulär werden nun über ein verändertes Verhalten von cyclischem AMP und cyclischem GMP Granula aus den Mikrotubuli freigesetzt. Diese Granula enthalten Entzündungsmediatoren wie Histamin und chemotaktische Faktoren. Die Zellen beginnen zudem Leukotriene (langsam reagierende Substanzen der anaphylaktischen Reaktion) und weitere aktivierende Faktoren zu synthetisieren, später auch freizusetzen. Besonders über Kallikrein, Bradykinin wie auch über das Histamin wird eine verstärkte Vasopermeabilität erzeugt. Entsprechende Histamin-Rezeptoren befinden sich sowohl an den Blutgefäßen und den Drüsen der Nase wie auch an den sensiblen Nervenendigungen des Nasenraumes, über welche sowohl die sekretomotorische Aktivität, ebenso aber auch das Niesen und Schneuzen reflektorisch aktiviert wird (KIMMELMANN u. GAMMANN, 1986).

Psychische Faktoren spielen bei den Phänomenen der allergischen Disposition, der Sensibilisierung und der jeweiligen akuten

Auslösung einer allergischen Reaktion eine vermutlich unterschiedliche Rolle: Während die Entwicklung einer allergischen Disposition vorwiegend multifaktoriell – auch konstitutionell – bedingt erscheint, werden für Sensibilisierung und insbesondere die Auslösung akuter Anfälle in starkem Maße psychische Faktoren mitverantwortlich gemacht.

Introvertierte, empfindsame Personen sollen eher zur Ausbildung allergischer Phänomene neigen; möglicherweise gilt diese Beziehung in besonderem Maße für die allergische Rhinitis (vgl. Kap. IV.S): BELL et al. (1990) untersuchten die Frage, ob introvertierte – extrem scheue – junge Erwachsene vermehrt unter allergischer Rhinitis leiden, und fanden hier – anders als bei anderen allergischen Erkrankungen (Asthma bronchiale) – eine besonders enge Beziehung.

Beim klassischen Heuschnupfen – oft als fieberhafte Erkrankung verlaufend – wird von vielen Autoren die Rolle psychischer Faktoren allerdings eher als gering eingeschätzt (CZUBALSKI u. ZAWIEZA, 1976), sowohl was die Entwicklung der allergischen Disposition als auch was die Auslösung des akuten Anfalles betrifft. Jedoch kann zumindest bei einer Subgruppe dieser Patienten bereits der Anblick oder sogar die Vorstellung bestimmter Blumen, Gräser oder Pollen entsprechende Symptome auslösen. So kann das einmal gebildete allergische Muster zunehmend auch durch symbolische Repräsentanten ausgelöst werden und sich dabei mit vegetativen Reaktionsformen verschränken.

Die allgemeine Häufigkeitszunahme der allergischen Disposition verweist auch auf übergeordnete gesellschaftliche Zusammenhänge: Schon MITSCHERLICH (1950) hat die Zunahme der «Allergie» dem Gesamtklima der Zivilisation zugeschrieben mit kollektiven und individuellen Belastungsproben, gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus, unphysiologischer Arbeitsform und -stimulation, Anwachsen protektionistischer Abhängigkeitsverhältnisse bei gleichzeitig steigender Schutzlosigkeit.

### 2.3.2 Vasomotorische Rhinopathie («Rhinitis»)

Hier ist oft die Auslösung durch psychische Reize evident. Schlagartig füllt sich die Nase

mit wässrigem Sekret. Redewendungen – davon habe ich «die Nase voll» oder ich «bin verschnupft» – zeigen, wie sehr dieser unmittelbare psychosomatische Zusammenhang der allgemeinen Erfahrung entspricht.

Pathophysiologisch werden bei der vasomotorischen Rhinopathie über cholinerge Mechanismen ebenfalls Mediatoren (Histamin, Leukotriene und Substanz P, WOLFF, 1988) aus der Mastzelle freigesetzt. FREEMAN (1950) zählt hundert Ursachen für einen vasomotorischen Anfall auf. Die initiale vasomotorische Reaktion kann allein durch ein unangenehmes Ereignis oder auch nur durch dessen Erwartung bewirkt werden. Allen Auslösemomenten gemeinsam ist die dadurch bedingte unangenehme Emotion (LÜSCHER, 1959). Entsteht diese nicht aus einem äußeren Anlaß, sondern aus einem intrapsychischen Geschehen (Konflikt im engeren Sinne), wird sie erst bei einer subtilen Anamnese greifbar. Dabei kann es sich zum Beispiel um tiefgreifende Ambivalenzkonflikte handeln, aber auch um Konflikte zwischen passiven Strebungen und bewußter forcierter Gegenanstrengung.

Bei einer Zusammenschau der verschiedenen Aspekte der vasomotorischen Rhinitis ist an eine «somatisierte Abwehrreaktion» zu denken. In der Behandlung spielt die Beratung eine wichtige Rolle: Der Patient sollte lernen, seinen Schnupfen nicht nur als lästiges Symptom zu sehen, sondern auch als sinnvolles Zeichen, das ihm das Vorhandensein abgewehrter unangenehmer Emotionen signalisiert. Der Arzt sollte sich nicht zu schade sein, auch einfache Hausmittel zu empfehlen und Verfahren wie Akupunktur und Akupressur in seine therapeutischen Überlegungen einzubeziehen. Die Anwendung von Sympathomimetika oder von Antihistaminika muß zurückhaltend gehandhabt werden.

Die chronische Form der vasomotorischen Rhinopathie kann eine zunächst therapieresistente Reaktion auf «chronischen emotionalen Streß» darstellen. Es kommt zu Schleimhautläsionen mit bakteriellen Superinfektionen, wobei sich durch eine langjährige Fehlanwendung schleimhautabschwellender Nasentropfen ein *circulus vitiosus* bildet. Die chronische vasomotorische Rhinopathie erfordert eine langfristige Behandlungsstrategie: Beratung über «richtiges» Schneuzen: – immer halbseitig! –, Entwöhnung von jahrelang als Selbsthilfe eingenommenen Nasentropfen, allgemeine körperliche Roborierung, eventu-

elle Korrektur von Hyperplasien und Septum-deviation, aber auch die aufdeckende Bearbeitung der psychodynamischen Faktoren.

## 2.4 Funktionelle Störungen der Nasenatmung

Das *Schniefen* ist ein meist der bewußten Kontrolle entzogenes kurzzeitiges Anziehen der Atemluft. Je mehr dieser Vorgang automatisiert ist, kann sich das Symptom zu einem «Schnief-Tic» ausgestalten. Erstes Ziel wird sein, die Fähigkeit der Selbstbeobachtung über diesen Vorgang wiederherzustellen (vgl. Beispiel in Kap. III.A).

Als *Näseln* wird eine pathologische Nasenresonanz beim Sprechen bezeichnet, wobei besonders das sogenannte «offene Näseln» häufig als funktionell bedingt angetroffen wird (SOPKO, 1990).

## 2.5 Sinusitis

Auffallend wenig psychosomatische Untersuchungen gibt es zur akuten und chronischen Sinusitis. In eigenen Beobachtungen fand sich im psychosomatischen Hintergrund häufig eine abgewehrte Trauerreaktion beispielsweise nach dem Verlust eines Ehepartners durch Tod oder nach einer Scheidung, und das Erklärungsprinzip der «ungeweinten Tränen» ließ sich oft recht gut zum klinischen Verständnis heranziehen.

# 3. Mund

## 3.1 Glossodynie

Hier handelt es sich um einen quälenden Schmerzzustand bei makroskopisch unauffälliger Zunge, der eine hohe Aufmerksamkeitsfocussierung erzwingt. Die Differentialdiagnose umfaßt neben lokalen mechanischen oder chemischen Reizzuständen zahlreiche oft subklinische stoffwechselabhängige Ursachen (z. B. Anämie, Vitaminmangel, Östrogendefizit), verschiedene Hauterkrankungen und zentralnervöse Störungen (Thalamussyn-

drom), aber so manches Mal liegt dem Patienten buchstäblich etwas auf der Zunge, was nicht ausgesprochen werden darf bzw. kann. Psychiatrische Erkrankungen (Körperprojektionen bei hyperthymen Persönlichkeiten, circumskripte Hypochondrien, coenästhetische Mißempfindungen bei Psychosen) sind zusätzlich zu bedenken (RENNINGHOFF et al., 1987).

## 3.2 Sialadenose und Sialadenitis

Eine *Sialadenose* kann im Rahmen einer Bulimie (Bulimia nervosa vgl. Kap. IV.D) auftreten. Der HNO-Arzt ist möglicherweise die erste Kontaktperson von Patientinnen, die ihre eigentliche Grunderkrankung zu verheimlichen suchen. Ihm kommt dann eine besondere Verantwortung beim Gespräch mit der Patientin und bei der Vermittlung psychotherapeutischer Hilfe zu. Die Pathogenese der mit dem Auftreten der bulimischen Freß-Brech-Attacken vergesellschafteten Sialadenose ist noch nicht voll geklärt (MAIER et al., 1988), wahrscheinlich dringt saurer Magensaft durch das wiederholte Erbrechen in die Drüsengänge ein und führt hier zu Entzündungen.

Inwieweit sich bei der akuten oder chronischen *Sialadenitis* Beziehungen zu psychischen Phänomenen ergeben, ist bislang nicht erforscht. Ein hoher Sympathicotonus im Sinne einer vermehrten Ängstlichkeit steht oft hinter dem Phänomen der *Dyschilie*, die sich ihrerseits in Klagen der Patienten über eine ständige Mundtrockenheit, einen «Löschpapierrachen» oder eine «Stumpfheit» der Zähne äußert. Grundsätzlich ist die Regulation des Speichelflusses so sehr von psychischen Faktoren abhängig, daß auch bei der Entwicklung eines lokalen Entzündungsgeschehens durchaus psychosomatische Zusammenhänge neben anderen Einflüssen wirksam werden könnten.

## 3.3 Angina

Die Angina bzw. die akute Tonsillitis kann als gutes Beispiel gelten für offensichtliche Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen



der Immunkompetenz einerseits und Streß bzw. Emotionen andererseits. «Examensangina», «Verlobungsangina», «Couvade-Angina» (Wochenbettangina des Mannes) – diese Begrifflichkeiten zeigen, daß dieser Zusammenhang in der früheren ärztlichen Praxis einschlägig bekannt war (vgl. BILZ, 1936; SCHELLACK, 1957). Dennoch sind auffallend wenig klinische Arbeiten zu diesem Thema in den letzten Jahren erschienen, möglicherweise eine Folge der guten Ansprechbarkeit der Erkrankung auf antibiotische Behandlung, welche eine psychologische Betrachtung überflüssig erscheinen lassen mochte. Dennoch wird auch heute noch eine Angina häufig nach Kränkungen, aber auch bei ängstlicher Erwartung eines ambivalent besetzten Ereignisses auftreten oder der Ausweg aus einer Konfliktsituation über eine Angina «gesucht» werden.

## 4. Pharynx

Der tiefe Rachen vom Zungengrund bis zum Ösophaguseingang ist ein motorisch reich innerviertes, durch komplizierte Bewegungsabläufe charakterisiertes Organ, das von bestimmten Menschen offenbar besonders bewußt wahrgenommen und beobachtet werden kann. FLEISCHER (1980) weist in diesem Sinne besonders auf die klinische Beobachtung hin, daß einerseits Menschen mit schwersten Schäden an der Rachenschleimhaut, also Alkoholiker, Raucher, Stahlarbeiter und andere, oft überhaupt keine Beschwerden vorbringen und daß sogar oft weit fortgeschrittene und zerfallende Rachengeschwülste scheinbar klaglos hingenommen werden. Andererseits gibt es zahlreiche Patienten, bei denen trotz eindringlich vorgebrachter Klagen über die unterschiedlichsten Mißempfindungen im Rachen und trotz unverkennbaren Leidens sich nichts oder fast nichts Krankhaftes an der Schleimhaut finden läßt.

### 4.1 Globus pharyngis

Schon vor zweieinhalbtausend Jahren wurde dieses Phänomen von HIPPOKRATES beschrieben,

der im Rahmen seiner Uterus-Theorie der Hysterie annahm, es handele sich dabei um den hochgewanderten Uterus, der gegen die Kehle drücke. PURCEL (1707) war der Auffassung, das Gefühl eines harten Balles in der Kehle entstehe durch eine Kontraktion der Halsmuskeln, die gegen den Schilddrüsenschilddrüse drückten. Heute ist allgemeiner Konsens, daß die Bezeichnung «Globus hystericus» obsolet ist und daß die Globusbeschwerde als Phänomen anzusehen ist, das eine differenziertere Aufklärung verlangt. Die Angabe eines subjektiven Beeinträchtigungs- und Engegefühls im Rachen («lump in the throat») ist ein häufig vorkommendes Symptom, unter dem ungefähr 3 bis 4 Prozent aller erstmalig einen HNO-Arzt konsultierenden Patienten leiden. 75 Prozent sollen Frauen sein.

Das *echte Globusgefühl* entspricht einer medial tief im Rachen verspürten Mißempfindung im Sinne eines Kloßes, Klumpens oder der Beengung, die definitionsgemäß nur beim Leerschlucken auftreten darf (KELLERHALS, 1991). Die vom echten Globusgefühl abzugrenzenden *Globusäquivalenzen* umfassen unspezifische Beschwerden wie Kloß im Hals, Einengungsempfindung, Fremdkörpergefühl, Trockenheitsgefühl, Schleimgefühl, Kratzen, Brennen, Räusperzwang und Schluckzwang.

Weder zum echten Globusgefühl noch zum Bereich der Globusäquivalenzen werden folgende Symptome gerechnet, die meist als Hinweis auf ein organisches Geschehen gewertet werden können: mechanische Schluckbehinderungen, Schmerzen beim Schlucken, Aspirationen, Regurgitationen, Brennen bei sauren Speisen und Getränken sowie jegliche Atembehinderungen.

Das *echte Globusgefühl* entspricht wahrscheinlich in den meisten Fällen der Wahrnehmung eines unphysiologischen Spannungszustandes der Muskulatur im pharyngo-ösophagealen Übergangsbereich. Dieser läßt zwar beim Schlucken fester oder flüssiger Nahrung durch die unwillkürliche reflektorische Erschlaffung nach, beim Leerschlucken jedoch wird diese Erschlaffung nicht ausgelöst, da der den unwillkürlichen Fortgang des Schluckaktes auslösende Speisebolus fehlt (KELLERHALS, 1991). Hinter der Verspannung der am Schluckvorgang beteiligten Muskulatur steht oft eine Verspannung der gesamten muskulären Takelage des Kopfhalsbereiches. Erst in zweiter Linie ist an einen gastro-ösophagealen Reflux (s. Kap. IV.C.1) zu denken.

Hinter den globusähnlichen Beschwerden (Globus-Äquivalenzen) können eine ganze Reihe psychologischer Ursachen stehen: Relativ häufig tritt dieses Dauergefühl bei Depressionen als Körperbeschwerde auf. Es kommt zudem als Haupt- oder Nebenbeschwerde bei vielen funktionellen Störungen vor. In entsprechenden Beschwerdelisten ist es ein sehr häufig angegebenes Symptom. Auf der Phantasie-Ebene findet man häufig eine unbewußte Abwehr gegen verdrängte oral-rezeptive sexuelle oder nutritive Wünsche. Die entsprechenden Phantasien kreisen um Schlucken-mögen und Nicht-schlucken-dürfen (oft mit oral-genitalen, seltener mit oral-nutritiven Inhalten) oder auch um Schlucken-Müssen und Nicht-schlucken-wollen. Es finden sich aber auch Trauer-Äquivalente, Gefühle verdrängten Ekels und hypochondrische Phantasien (MEYER, 1976).

Abzugrenzen von den Globusgefühlen sind die *funktionelle Dysphagie*, d. h. Transportstörungen des Speisebolus funktioneller Genese, die über die Angabe eines subjektiven Gefühls hinausgehen, sowie die organisch bedingte Dysphagie, für die eine Vielzahl von sorgfältig abzuklärenden Ursachen in Frage kommen. Gelegentlich muß eine Dysphagie als Grund einer «unklaren Gewichtsabnahme» erst einmal entdeckt werden.

#### 4.2 Weitere funktionelle Störungen im Pharynx

Eine Sonderform stellt die *Aerophagie* (s. Kap. IV.C.1) dar, das habituelle Luftschlucken, das einer sich verselbständigenden schweren Protestreaktion gegen eine nur äußerlich hingenommene Lebenssituation entsprechen kann (MEYER, 1976). Das Symptom ist nicht eine hintergründig zu belächelnde schlechte Angewohnheit, sondern hat Krankheitswert. Die verschluckte Luft kann zu Luftansammlungen im Magen führen, das Zwerchfell nach oben drücken, wodurch scheinbar cardiale Beschwerden induziert werden (Roemheld-Syndrom).

Eine oft selbstinduzierte *funktionelle Regurgitation* der bereits verschluckten Nahrung kann eine komplexe Angstbeschwichtigungss-

form darstellen. Das erneute Durchkauen des regurgitierten Nahrungsbreis kann eine angstvoll erlebte Spannungs- oder Einsamkeitssituation entschärfen und so zur Angstabwehr dienen. Das Symptom findet sich auch sehr selten als Kompromißbildung bei Bulivomie.

Die *psychogene Schluckstörung* als Äquivalent einer habitualisierten Protesthaltung im Sinne eines Konversionsphänomens wird eher selten sein. Sie kann bei Kindern auftreten, wenn diese etwa mit Gewalt zum Essen gezwungen wurden. So beschrieb bereits KANNER (1935, zit. n. GILBODY, 1991) einen Jungen, der eine Störung beim Schlucken fester Speisen entwickelte, nachdem er von seinem Vater wegen schlechter Tischmanieren geschlagen worden war. Anna O., die berühmte Patientin von BREUER und FREUD, konnte zeitweilig nicht schlucken, da sie die Vorstellung entwickelt hatte, ein Hund, mit dem sie sexuelle Triebhaftigkeit verband, habe aus dem Glas ihrer Freundin getrunken, und sie die Befürchtung entwickelte, dies könne bei ihr ebenso vorkommen.

Aufgrund von teils bewußten, aber auch unbewußten Vorstellungen und Phantasien, die mit dem Schluckakt verknüpft werden, kann sich eine vollgültige phobische Angst vor dem Schlucken ausbilden. Schluckschwierigkeiten und -ängste können auch an bestimmte soziale Situationen geknüpft sein, zum Beispiel nur in Gesellschaft auftreten. Hier bestehen die ersten wichtigen diagnostischen und therapeutischen Schritte darin, hinter der als körperlich bedingt angebotenen Beschwerde «Schluckstörung» die oft subjektiv nicht ohne weiteres zugängliche maskierte Angst zu erkennen und mit dem Patienten darüber ins Gespräch zu kommen.

Der psychotherapeutische Zugang richtet sich dann nach der zugrundeliegenden psychischen Situation/Konfliktlage. Bei Kindern kann eine Familientherapie nützlich sein. Gute Ergebnisse werden in Einzelberichten (zusammengefaßt bei KLINGER u. STRANG, 1987) auch von behavioralen Methoden berichtet (Entspannungsübungen in Verbindung mit einer systematischen Desensibilisierung, Reduktion eines aversiven Reizes, wenn der Patient schluckt usw.). Auch Hypnose kann hilfreich sein.

## 5. Larynx

### 5.1 Schnarchen und Schlaf-Apnoe-Syndrom

Beim *Schnarchen*, das durch Vibrationen in den oropharyngealen Weichteilen bei unvollständiger Verlegung der oberen Atemwege durch diese erzeugt wird, hat man praktischerweise zu differenzieren zwischen (1) dem gelegentlichen Schnarchen, (2) dem chronischen oder gelegentlichen Schnarchen ohne pathologische Apnoe, (3) dem Schnarchen als Zeichen eines Schlaf-Apnoe-Syndroms (PIRSIG, 1988). Schnarchen nimmt mit dem Alter zu und tritt beim Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit vermehrt auf. Psychosoziale Auswirkungen des chronischen oder habituellen Schnarchens können erheblich sein (Altersehe, Mehrbettzimmer im Krankenhaus) und erfordern eine eingehende Beratung, zum Beispiel die Ermutigung zu «getrennten Schlafzimmern».

Das *Schlaf-Apnoe-Syndrom*, besonders häufig bei Männern um das 50. Lebensjahr, ist definiert als das Vorhandensein von mindestens 30 Apnoe-Episoden von mindestens zehn Sekunden Dauer in einem Zeitraum von sieben Stunden Schlaf. Dieses Syndrom geht auf eine pathologische Koppelung von Vigilanz und Atemregulation zurück. Das laut hörbare Wiedereinsetzen der Atmung wird vom Schlafpartner in der Regel als «Schnarchen» wahrgenommen.

Es kann zu einem panischen Erwachen führen, das nicht als unspezifische Schlafstörung oder nächtlicher Angstanfall verkannt werden darf. Im Verdachtsfall kann eine polysomnographische Messung eine Klärung erzielen. Schlafmittel, Alkohol oder eine andersartige Sedierung, «um endlich durchzuschlafen», sind kontraindiziert.

## 5.2 Stimmstörungen

### 5.2.1 Funktionelle Aphonie

Zum in der Regel plötzlich einsetzenden, vom Patienten oft genau datierbaren «Wegbleiben der Stimme» im Sinne einer funktionellen Aphonie kommt es häufig unter dem Eindruck eines psychischen Traumas. Oft ist et-

was geschehen, das der Patient als zutiefst sinnlos empfinden muß, gegen das er sich aber nicht wehren kann. Dem Patienten hat es buchstäblich die Sprache verschlagen. Die psychodynamische Interpretation hebt auf eine «Verteidigung gegen die Erkenntnis von nicht akzeptablen Gefühlen» ab, weiter ist an eine generalisierte Hemmung eines archaischen Wutschreis zu denken, der aus Angst maximal gehemmt wird. Das Symptom als solches ist – auch unter suggestiver Zuwendung (SCHNITZLER, 1889; BRODNITZ, 1985) – leicht zu beheben. Dabei soll der Patient beruhigt und Schritt für Schritt beim Gebrauch der Stimme ermutigt werden. Das Symptom kann wiederkommen, wenn die zugrundeliegende Konfliktsituation nicht beseitigt ist (BERENDES, 1972).

### 5.2.2 Funktionelle Dysphonien

Während die *hypofunktionelle Stimmstörung* (leise, verhauchte Stimme mit geringer dynamischer Modulation) vor allem bei Erschöpfungszuständen und depressiven Störungen vorkommt, entwickelt sich die *hyperfunktionelle Stimmstörung* (laute, hohe Stimme, auch kippelnd; rauher Stimmklang, subjektiv Würgereiz oder Verkrampfung) vor allem bei aktiven Menschen in Sprechberufen mit unökonomischem Stimmgebrauch. Die logopädische Behandlung zielt nicht nur auf ein isoliertes Training der Sprechfunktion, sondern auch auf die Zusammenhänge der Stimmgebung mit dem Ausdrucksgebaren der Persönlichkeit und ihrem kommunikativen Verhalten ab (HABERMANN, 1978; STABENOW, 1983).

### 5.2.3 Sog. «Spastische» Dysphonie

Es handelt sich um eine relativ seltene, aber meist schwere Stimmstörung mit ausgeprägten «Verkrampfungen» der Atmungs- und Phonationsmuskulatur. Bei gequält-mühsamer Sprechweise wirkt die Stimmgebung stöhnend-ächzend und stark gepreßt. Es wird immer wieder eine hysterische Konversionsgenese vermutet, die aber allenfalls nur für eine kleine Subgruppe zutrifft. Heute wird das

Krankheitsbild zu den fokalen Dystonien (vgl. Kap. IV.P) gerechnet. Die Erstmanifestation kann durch psychologische Faktoren «getriggert» sein, und es kann zu anhaltenden Verschlimmerungen in Phasen emotionaler Belastungen kommen, ebenso zu situativen Verschlechterungen in umschriebenen sozialen Situationen (Telefonieren, Gespräch mit Autoritätsfiguren).

In überraschenden Situationen, wenn der Patient keine Zeit hat, darüber nachzudenken, daß er spricht, kann die Stimme normal sein (AARONSON, 1985). Psychologische Zuflüsse zum Krankheitsgeschehen sind so zu denken, daß es aus unbewußten Gründen zu einer Minder- bzw. Fehlkompensation einer Störung jener subcorticalen Regelkreise kommt, welche die «Doppelfunktion des Kehlkopfes» (BERENDES, 1990) regulieren, nämlich einerseits als Tongenerator und andererseits als Wächter des Luftdurchgangs zu fungieren. Das Krankheitsbild mit seinen zum Teil schwerwiegenden psychosozialen Auswirkungen ist durch psychotherapeutische und logopädische Verfahren nur schwer angebar. So kann auch ein symptomatischer Behandlungsversuch durch Injektion von Botulinustoxin in die betroffene Kehlkopfmuskulatur gerechtfertigt sein.

#### 5.2.4 Psychosomatische Aspekte bei Laryngektomie

Die Karzinome im Larynx und Pharynx sind mit einem furchtbaren – oft über eine scheinbare psychische Indolenz abgewehrten – Leiden verbunden. Die notwendig werdende Laryngektomie – dieser schwerwiegende Eingriff ist dadurch gerechtfertigt, daß die Chancen zur Heilung sehr gut sind (PLATH, 1988) – scheint bei vielen Patienten eine Tendenz zur Idealisierung und zur reaktiven Alexithymie noch zu verstärken (HAHN et al., 1986). Dies hat zur Konsequenz, daß der Patient einerseits zur Wahrnehmung und Äußerung seiner innersten Gefühle und Ängste unfähig wird, andererseits aber auch durch eine feste Abwehr vor diesen Gefühlen und dem damit verbundenen psychischen Leid geschützt ist.

So schildern in einer Befragung von SCHRÖDER et al. (1989) die kehlkopflosen Patienten ihr psychosoziales Umfeld als ideal, obschon die Autoren beobachten, daß die reale Situation der Patienten dagegen oft von Einsamkeit und Isolierung gekennzeichnet ist, insofern als niemand mit ihnen über das spricht, was sie am meisten bedrängt, nämlich ihre Krebserkrankung. In der Betreuung dieser Patienten scheint es am günstigsten zu sein, einerseits immer wieder das «Krebsthema» anzusprechen, aber auch auch die verschiedenen Formen der Abwehr als notwendig für den Patienten zu akzeptieren. So sollten die Patienten schon vor der Operation, also noch während der somatischen Behandlung, offen und aktiv mit der Situation des Laryngektomierten vertraut gemacht werden: durch die Vermittlung eines Kontaktes zu einem die Krankheit offensiv bewältigenden «Schicksalsgenossen», durch die Einbeziehung von Freunden und der Familie, im weitesten Sinne durch psychotherapeutische Maßnahmen, die ein «gesundheitsförderndes Potential» wecken (SCHRÖDER et al., 1989).

## 6. Ohr

Die schon beim menschlichen Fetus vorhandene, selbst im Schlaf nicht aufgehobene akustische Sinnesempfindung ist Träger eines zentralen kommunikativen Bezugs zur Außenwelt. Das Ohr, das man im Gegensatz zum Auge nicht «schließen» kann, gehört besonders unter den Lebensbedingungen der Industrialisierung und der «Kommunikationsgesellschaft» zu den am meisten «belasteten» Organen.

### 6.1 Äußerer Gehörgang und Mittelohr

Psychosomatische Dysfunktionen oder Erkrankungen in diesem Bereich sind kaum beschrieben. Eigene klinische Erfahrungen weisen darauf, daß es zur akuten Otitis media bei starken familiären Spannungen – besonders bei den Kindern in der Familie – kommen kann.

### 6.2 Hörsturz

Allgemein wird die Auffassung vertreten, daß der Hörsturz in seiner Häufigkeit zunimmt, wobei besonders die industrialisierten Länder Westeuropas, Nordamerikas und Japans als

von dieser Entwicklung betroffen gelten, als zusätzliches Indiz, daß es sich beim Hörsturz häufig um eine «Streßreaktion» handelt.

Tatsächlich läßt sich in einer Vielzahl von Fällen der akute «idiopathische» Hörsturz als eine psychovegetativ vermittelte, auf dem pathogenetischen Weg einer Mikrozirkulationsstörung in der Cochlea mit konsekutiver Hypoxie der Sinneshaarzellen entstehende psychosomatische Reaktion auf eine Überforderungs-, Überlastungs- oder Konfliktsituation begreifen, die in ihrer spezifischen Dynamik besonders in den industrialisierten Gesellschaften vorkommen mag. Diese Überforderungen – von den Patienten als «Druck» erlebt – können sowohl aus der beruflichen Sphäre resultieren, oft aber durch eine Summation mit einer Belastung im privaten Bereich (zum Beispiel in einer erschöpfenden Pflege- oder Fürsorgesituation) besondere Intensität erlangen.

Metaphern von der «herausspringenden Sicherung» (GREUEL, 1988) oder vom «Streik im Innenohr» beschreiben so den Hörsturz als psychosomatischen Schutzmechanismus. Von den Patienten selbst verwandte Formulierungen sind ein «Wunsch nach Ruhe», oder sie benennen klar, was sie nicht mehr hören konnten oder wollten.

Psychodynamisch findet sich häufig eine Beziehung zu Über-Ich-Konflikten («Stimme des Gewissens!») und einer oft nur vorbewußten ohnmächtigen Protesthaltung, verknüpft mit dem Erleben einer subjektiven Ohnmacht. Typische primärpersönliche, auch testpsychologisch zu erfassende Züge von Hörsturzpatienten scheinen ein stark entwickeltes Pflichtbewußtsein, eine Hemmung der Wendung der Aggressivität nach außen sowie eine Neigung zur «gedanklichen Weiterbeschäftigung» zu sein.

Eigenen klinischen Beobachtungen zufolge wissen die Patienten häufig um ihren «Streß» und bringen ihre Erkrankung damit selbst zutreffend in Verbindung.

Neben der möglichst früh einsetzenden Hämodilutionstherapie stellen die Reizabschirmung und das Herauslösen aus der belastenden Situation ein wichtiges therapeutisches Prinzip dar, das freilich erst dann sich als wirksam erweist, wenn zum Beispiel mit einer stationären Aufnahme tatsächlich im Erleben des Patienten eine Vermittlung von Entspannung und Sicherheit verbunden ist. Diese Vermittlung kann durch geeignete psychologische Interventionen unterstützt werden; dabei gibt es erste Hinweise, daß durch aktive psychologische

Entspannungsverfahren und entsprechende Suggestionen entscheidende Besserungen erzielt werden können (GREUEL, 1983).

Entsteht die Belastung des Patienten aus neurotischen psychosozialen Verwicklungen, sollte diese Konfliktsituation offen mit dem Patienten besprochen und gegebenenfalls eine psychoanalytische Psychotherapie eingeleitet werden.

Zwar zeichnet sich das einzelne Hörsturzereignis durch eine relativ gute Spontanbesserungsquote aus (WEINAUG, 1984), doch besteht jederzeit die Gefahr eines Rezidivs und einer sich einschleifenden «somatischen Schiene» und eines sich von Ereignis zu Ereignis verschlechternden Hörvermögens, zudem die Gefahr der Entwicklung und Fixierung eines chronischen Tinnitus. Patienten, denen «alles zu viel» ist, neigen besonders zur Entwicklung von Rezidiven (LAMPARTER, 1994).

So kann es auch aus prophylaktischen Gründen sinnvoll sein, den Hörsturz zum Anlaß einer «Lebensumstellung» zu nehmen und dazu psychotherapeutische Hilfe zu suchen.

### 6.3 Psychogene Hörstörungen

Die Varianz der Symptomatologie der rein psychogenen Hörstörungen reicht von der situativ fluktuierenden Hörschwelle bis zur – seltenen – rein subjektiven Taubheit.

Bei diesen Störungsformen sollte eine konfrontierende Auseinandersetzung mit dem oft jugendlichen Patienten vermieden werden, man sollte eher versuchen, in einer zuwartenden und die Not des Patienten anerkennenden Haltung eine Brücke zur «Spontanremission ohne Gesichtsverlust» zu bauen.

Es gibt auch umgekehrt eine psychisch bedingte akustische Überempfindlichkeitsreaktion (psychogene Hyperakusis) – oft in Krisen oder Konfliktsituationen – als Erschöpfungsreaktion in der psychischen Auseinandersetzung mit Lärm.

### 6.4 Tinnitus

Beim Tinnitus aurium (Ohrensausen) handelt es sich um ein häufiges Alltagsphänomen wie

Juckreiz oder Schmerzen. Erst Intensitätszunahme und Persistenz verbunden mit einer dekompensierenden psychischen Verarbeitung gestalten das lästige Symptom zur Krankheit aus. So gaben zwar von 6804 aus verschiedenen Städten Großbritanniens zufällig befragten Personen 17 Prozent einen länger dauernden Tinnitus an, jedoch nur für ein Prozent war damit ein Verlust der Lebensqualität verbunden. Doch rechnet man auch die letztere Zahl auf die Bevölkerung in Deutschland um, so ergibt sich eine vermutliche Prävalenz von 750 000 Tinnituskranken in Deutschland (SCOTT u. LINDBERG, 1992)

Pathophysiologisch entsteht Tinnitus als Folge eines schädigungsbedingten Zusammenspiels von inneren und äußeren Haarzellen im Cortischen Organ, wobei zentrale Verarbeitungsprozesse die läsionsbedingte stochastische Spontanaktivität in den lästigen Höreindruck transformieren. Eine repetitive, sich selbst unterhaltende elektrische Aktivität, sogenannte Oszillationen, im Bereich der zentralen Hörbahn scheint zudem eine Rolle zu spielen (LENARZ, 1992).

Man kann den Tinnitus als Folge eines unbemerkt abgelaufenen Hörsturzes auffassen, denn um eine merkbare Hörschwellenänderung hervorzurufen, müssen mindestens 50 Prozent des Sinnesepithels geschädigt sein, was nicht immer der Fall ist.

In diesem Sinne kann auch der Tinnitus als Antwort auf eine psychophysische Überforderung verstanden werden (BÖNING, 1982). Manchmal bemerkt der Patient aber den chronischen emotionalen Spannungszustand, in dem er sich befindet, selbst nicht mehr. Weitere «Spannungssymptome» können zu der Tinnitussymptomatik hinzutreten und diese im Sinne eines *circulus vitiosus* weiter verstärken: Bruxismus und mandibuläre Dysfunktion bis hin zur massiven Gesichtschmerzsymptomatik (COSTEN-Syndrom), oder zervikale Muskelverspannungen mit funktionellen Blockierungen der zervikalen Wirbelbogengelenke.

Bei der dekompensierenden psychischen Verarbeitung des Tinnitus kommt es zu einer hohen Aufmerksamkeitsbesetzung des zunehmend als Verfolger erlebten Geräusches verbunden mit der zunehmenden Unfähigkeit, dieses als in der Außenwelt entstanden zu imaginieren. Auch eine depressive Reaktions-

form auf den «Verlust der Stille» (GOEBEL, 1990) kommt vor.

Eine erste Hilfe bietet die Erzeugung erwünschter Geräusche über das Radio oder über einen Walkman, die das Tinnitusgeräusch überdecken. Für den Erfolg eines speziellen Tinnitusmaskers scheint entscheidend zu sein, daß bereits bei einer relativ kleinen Lautstärke des Maskers (bis 10 dB) in Relation zur Lautstärke des Tinnitus ein spürbarer Effekt erzielt wird (VERNON et al., 1990).

Besonders wenn in einer relativen Einsamkeitssituation der Tinnitus zum einzigen, aber verfolgenden, relevanten «Objekt» wird, ist *psychotherapeutische Hilfe* geboten. Der dekompenzierte Tinnituspatient darf von seinem Arzt nie allein gelassen werden, etwa nur mit dem Hinweis: Damit müssen Sie leben. Die differentielle Therapieforchung zum Tinnitus steht erst am Anfang; eine grundsätzlich gute Ansprechbarkeit auf Placebo, Entspannungsverfahren, Hypnotherapie, zielgerichtete Änderungen der Einstellung zum Tinnitus, bei Bedarf auch auf die Anwendung antidepressiver Medikamente rechtfertigen einen therapeutischen Nihilismus nicht. Wahrscheinlich muß – nicht in einer undifferenzierten Polypragmasie, sondern in einem gemeinsamen Ausprobieren mit dem Patienten – diejenige Therapieform gefunden werden, bei welcher der Patient auf Grund eigener Selbstbeobachtung die Erfahrung macht, daß sie ihm hilft, um auch eine psychische Rekompensation zu erreichen. Zudem scheint es besonders auf ein synergistisches Zusammenwirken verschiedener Verfahren anzukommen. Die Erfahrung, auf die Intensität des Tinnitus Einfluß nehmen zu können, reduziert das Gefühl, dem Tinnitus ausgeliefert zu sein, führt so zur Angstminderung, damit zur vermehrten Entspannung und letztlich auch zur Symptomreduktion innerhalb der durch eine etwaige Schädigung vorgegebenen biologischen Variabilität.

Dem von Tinnituspatienten oft geschilderten Gefühl der Isolation («Niemand, der dieses Geräusch nicht hat, kann ermessen, was ich leide») entgegenwirken kann der Kontakt mit Selbsthilfegruppen (Deutsche Tinnitus Liga e.V.). In den zunehmend sich entwickelnden Tinnitus-Stationen in speziellen psy-

chosomatischen Kliniken lernt der Patient zum Beispiel über das Führen eines Tinnistagebuches, seinen «ganz persönlichen» Tinnitus zunehmend als ein Signal zu erleben, das ihm Spannungen oder «Streß» anzeigt, wodurch der verfolgende Feind zum schützenden Freund umattributioniert wird.

### 6.5 Neuronitis vestibularis («Vestibulariskrise»)

Zu dieser sich in einem plötzlichen Drehschwindel, verbunden mit Nystagmus, Übelkeit und Erbrechen äuernden Erkrankung – es wird sowohl eine viral-entzündliche Genese wie auch eine Perfusionsstörung diskutiert – liegen zwar noch keine systematischen psychosomatischen Untersuchungen vor; einzelne Beobachtungen geben aber Hinweise auf eine vorhergehende Irritation des Weltbezugs und der inneren Orientierung, häufig ist auch an eine somatisierte Krise in der Adoleszenz zu denken, die nach Abklingen der akuten Schwindelercheinungen eine psychotherapeutische Intervention erforderlich macht.

### 6.6 Morbus Menière

Die akut einsetzende Symptomatik des Morbus Menière – charakterisiert durch die Trias: anfallsartiger Drehschwindel, Hörverlust und Tinnitus – begleitet von Vernichtungsgefühl, Panik und Erbrechen – wird hervorgerufen durch ein Platzen oder ein Leck des sich auf Grund vermehrter Produktion oder verminderter Resorption von Endolymph überdehnenden Endolymphschlauches im Innenohr. Besonders für die vermehrte Produktion der Endolymph sind psychovegetativ vermittelte Einflüsse denkbar. Psychodynamisch orientierte Autoren (FOWLER u. ZECKEL, 1952; HINCHCLIFFE, 1967b; BASECQAZ, 1969; GROEN, 1983) fanden sehr häufig eine psychisch vermittelte Auslösung vor allem des ersten Anfalles. Sie beobachteten häufig eine hohe abgewehrte aggressive Spannung bei früh angepaßten, immer «braven» Menschen, die aber eigentlich ohne «Nestwärme» aufgewachsen waren. Testpsychologische Untersu-

chungen lassen Hinweise zur Spezifität vermissen, geben insgesamt aber durchaus Hinweise auf eine «psychosomatische» Persönlichkeitsstruktur (HINCHCLIFFE, 1967). Dabei scheint sich allerdings die weitere Auslösung der Folgeanfälle immer mehr von dem Ausmaß des subjektiv erlebten «Stresses» abzulösen. Dagegen wird die Krankheit immer mehr selbst zu einem «Streß», der zu spezifischen psychischen Folgen führen mag (WECHSLER u. CRARY, 1986), da der betroffene Patient nie sicher sein kann, nicht im nächsten Moment einen existenziell erschütternden Anfall zu erleben.

Eine wichtige Rolle in der Behandlung spielen auch im anfallsfreien Intervall die Beratung, Führung und Stützung des Patienten, der sich mit seiner relativ seltenen, aber dafür um so dramatischer verlaufenden Erkrankung oft bitter allein fühlt.

### 6.7 Schwindel

Schwindel als eines der häufigsten Symptome überhaupt verweist auf eine gestörte Beziehung in der Relation zwischen Mensch und «Raum».

«Raum» kann hier verstanden werden als die physikalische Umgebung eines Menschen, als psychischer «innerer Raum» wie auch als soziales Bezugsfeld. So kann das Symptom «Schwindel» dreierlei anzeigen: einen körperlichen Vorgang (organischer Schwindel), ein gefühlhaftes Erlebnis (psychogener Schwindel) und einen sozialen Tatbestand («Alles Schwindel»). Der organisch bedingte Schwindel imponiert entweder als vestibulärer Drehschwindel oder diffuser Benommenheits- oder Schwankschwindel. Eine wichtige organisch bedingte Schwindelerkrankung ist der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel, der durch verschlepptes Otolithenmaterial in der Cupula des hinteren vertikalen Bogenganges entsteht. Während es sich hier um einen plötzlich auftretenden, dann aber rasch abklingenden, oft mit Angst einhergehenden Drehschwindel beim Hinlegen handelt, ist der Schwindel beim allgemeinen psychovegetativen Syndrom eher diffus und meist eingebettet in eine Reihe weiterer körperlicher Beschwerden und Dysfunktionen.

Für den oft «schwer faßbar» geschilderten *psychogenen Schwindel* (vgl. Kap. IV.P) als «gefühlhaftem Erlebnis» eröffnet sich eine ganze Palette psychopathogenetischer Diffe-

renzierungen: «Schwindel» kann sein: Folge von Reizinkompatibilitäten (Phobischer Attackenschwankschwindel, Höhenschwindel, Kinetosen), Erinnerungssymbol (Konversion), Angstäquivalent (Angstneurose), Affektäquivalent (für Lust oder Ekel, aber auch Wut), depressive Inhaltsbildung (somatisierte Depression), psychisches Grenzflächenphänomen (schizoide Krisen), latentes Bewußtsein der eigenen «Verstiegenheit» (Persönlichkeitsstörungen), sozialer Marker («Alles Schwindel»).

Die häufigste umschriebene klinische Erscheinungsform des psychogenen Schwindels ist der *phobische Attackenschwankschwindel*. Diesen erleiden Patienten in bestimmten sozialen Situationen (Kaufhäuser, Restaurants, Konzerte, Besprechungen, Empfänge) oder angesichts typischer auslösender Sinnesreize (Brücken, leere Räume, Treppen, Straßen, Autofahren). Der Schwindel entspricht von seiner Erlebnisqualität her dem Höhenschwindel und ist durch die Kombination eines Benommenheitsschwindels mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit sowie einer Crescendo-Vernichtungsangst charakterisiert.

Während es beim phobischen Attackenschwankschwindel eine klare Indikation zu einer verhaltenstherapeutischen Intervention mit allmählichem Expositionstraining gibt (BRANDT u. DIETERICH, 1986), richtet sich die psychotherapeutische Indikation in den anderen Fällen psychogenen Schwindels nach dem sich im eingehenden Gespräch mit dem Patienten darbietenden psychischen Befund und der Konfliktsituation des Patienten.

## Literatur

- AARONSON AE: Clinical voice disorders. Thieme, Stuttgart 1985
- BASEQUAZ G: Aspects psycho-dynamiques de la maladie de Menière. *Lavae Med* 40, 838–843, 1969
- BELL I: Is allergic rhinitis more frequent in young adults with extreme shyness? A preliminary survey. *Psychosom Med* 52, 517–525, 1990
- BERENDES J: Der Kehlkopf im Spiegel seiner Doppelfunktion. *HNO* 38, 123–124, 1990
- BILZ R: Psychogene Angina. Hirzel, Leipzig 1936.
- BÖNING J: Klinik und Psychopathologie von Ohrgeräuschen aus psychiatrischer Sicht. *Z Laryng Rhinol* 60, 101–103, 1981
- BRANDT T, DIETERICH M: Phobischer Attackenschwankschwindel. *Münch Med Wschr* 128, 247–250, 1986
- BRODNITZ FS: Funktionelle Aphonie. In GANZ H, SCHÄTZLE W (Hrsg.) *HNO Praxis Heute*, S. 127, 1985
- COHEN F, TYRELL D: Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New Engl J Med* 325, 606–612, 1991
- CZUBALSKI K, ZAWIEZA E: The role of psychic factors in patients with allergic rhinitis. *Acta Otolaryngol* 81, 484–488, 1976
- FLEISCHER K: Differentialdiagnostische Überlegungen bei der chronischen Pharyngitis. *Dtsch Med Wschr* 105, 283–284, 1980
- FOWLER EP Jr., ZECKEL A: Psychosomatic aspects of Menière's disease. *JAMA* 148, 1265–1271, 1952
- FREEMAN J: Hay-fever. London 1950
- GILBODY JS: Errors of deglutition – real or imagined; or, don't forget the psyche. *J Laryngol Otol* 105, 807–811, 1991
- GOEBEL G et al.: Neue Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 123–133, 1991
- GOEBEL G (Hrsg.): Ohrgeräusche: Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus: Vorkommen, Auswirkungen, Diagnostik und Therapie. Quintessenz, München 1992
- GREUEL H: Suggestivbehandlung beim Hörsturz. *HNO* 31, 136–139, 1983
- GREUEL H: Viel um die Ohren. Hörsturz – Schwindel – Ohrensausen. VDG-Verlag, Düsseldorf 1988
- GROEN JJ: Psychosomatic aspects of Menière's disease. *Acta Otolaryngol* 35, 407–416, 1983
- HABERMANN W: Stimme und Sprache. Thieme, Stuttgart 1986
- HAHN M et al.: Somatische, psychische und sprachliche Rehabilitation von Kehlkopflosen. *Laryngol Rhinol Otol* 65, 395–398, 1986
- HINCHCLIFFE R: Personality profile in Menière's disease. *J Laryngol Otol* 81, 477–481, 1967(a)
- HINCHCLIFFE R: Emotion as a precipitating factor in Menière's disease. *J Laryngol Otol* 81, 471–475, 1967(b)
- HOFFMANN SO: Psychosomatische Aspekte von Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich. *Arch Ohr Nas Kehlk Heilk, Suppl II*, 1986
- KANNER L: Child Psychiatry. Springfield, Illinois, 1935
- KELLERHALS B: Globus pharyngis? Eine Differentialdiagnose. *Ther Umsch* 48, 188–192, 1991
- KIMMELMANN MD, GAMMAN A: Vasomotor Rhinitis. *Otolaryngol Clin North Am* 19, 65–71, 1986



- KLINGER R, STRANG P: Psychiatric aspects of swallowing disorders. *Psychosomatics* 28, 572–574, 1987
- LAMPARTER U: Psychosomatische Aspekte der Pathogenese des Hörsturzes. *Akt Neurol* 21, Sonderheft 1, 14, 1994
- LENARZ T: Probleme der Diagnostik und Therapie des chronischen Tinnitus aus HNO-ärztlicher Sicht. In GOEBEL 1992
- LÜSCHER E: Psychische Faktoren bei Hals-Nasen-Ohrenleiden. *Arch Ohr Nas Kehlk Heilk* 175, 69–216, 1959
- MAIER H, BORN IA, BIHL H, KÜCHENHOFF J: Sialadenose bei Bulimia nervosa. In WEIDAUER H, MAIER H (Hrsg.) *Speicheldrüsenerkrankungen*, S. 47, Springer, Berlin 1988
- MEYER AE: Die Psychosomatik der Kranken mit Störungen des oberen Verdauungstraktes. In JORES A (Hrsg.) *Praktische Psychosomatik*. Huber, Bern 1976
- MITSCHERLICH A: Psychosomatische Aspekte der Allergie. *Int Arch Allergy, Suppl* 1, 79, 1950
- PLATH P: Rehabilitation von Kehlkopflosen. In GANZ H, SCHÄTZLE W (Hrsg.) *HNO-Praxis Heute*, S. 123, Springer, Berlin 1988
- PIRSIG W: Schnarchen – Ursachen, Diagnostik, Therapie. Hippokrates, Stuttgart 1988
- PURCEL J: A treatise of vapours or hysteric fits. 2nd ed, London, 1707
- RENNINGHOFF J, LAMPARTER U, HÖRMANN K: Psychosomatische Aspekte des Symptoms «Zungenbrennen». In MAJER EH, ZRUNIK M (Hrsg.) *Die Oto-Rhino-Laryngologie in Kooperation mit Nachbardisziplinen*. Facultas, Wien 1987
- SHELLACK D: Angina tonsillaris. *Z Psychosom Med* 3, 265, 1957
- SCHNIEDER EA: Funktionelle Syndrome in der HNO-Heilkunde. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 3. Auflage, S. 1054, Urban & Schwarzenberg, München 1986
- SCHNITZLER A: Über die funktionelle Aphonie und deren Behandlung durch Hypnose und Suggestion. Braunmüller, Wien 1889
- SCOTT B, LINDBERG P: Tinnitus-Inzidenz und ihre Auswirkungen. In GOEBEL 1992
- SCHRÖDER M, LASKAWI R, TRÜBENBACH H, MEYER C: Psychosoziales Umfeld bei Patienten mit Malignomen im Kopf-Hals-Bereich. *Laryngol Rhinol Otol* 68, 122–127, 1989
- SOPKO H: Funktionelle Störungen in der HNO-Heilkunde. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München 1990
- STABENOW I: Hals-Nasen Ohren-Heilkunde einschließlich Phoniatrie. In HAHN P (Hrsg.) *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts: Psychosomatik*. Bd. 2, S. 188, Beltz, Weinheim 1983
- VERNON J, GRIEST S, PRESS L: Attributes of tinnitus and the acceptance of masking. *Am J Otolaryngol* 11, 44–50, 1990
- WECHSLER M, CRARY WC: Menière's disease. *Am J Otol* 7, 93–95, 1986
- WEINAUG P: Die Spontanremission beim Hörsturz. *HNO* 32, 346–351, 1984
- WOLFF P: Neue Aspekte zur Pathogenese und Therapie der hyperreflektorischen Rhinopathie. *Z Laryng Rhinol* 67, 138, 1988
- ZENNER HP: Diagnostik und Therapie allergischer Erkrankungen der Schleimhaut des oberen Respirationstraktes. *Arch Ohr Nas Kehlk Heilk. Suppl* II, 1–5, 1987

## R. Probleme und Erkrankungen des Alters

ANTJE HAAG

In 40 Jahren wird – nach demographischen Hochrechnungen – die Gruppe der 70- bis 80jährigen die am stärksten repräsentierte in der Bevölkerung der Industrienationen sein. Diese Umkehrung der Bevölkerungspyramide kontrastiert drastisch zu der randständigen Rolle, die alte Menschen heute in unserer Gesellschaft einnehmen, in der Leistungsfähigkeit und Jugendlichkeit hochidealisierte Werte darstellen. Das psychische Elend alter Menschen heutzutage dokumentiert sich insbesondere in zwei Befunden:

1. Die Selbstmordrate wächst mit dem chronologischen Alter. Die höchste Suizidrate in fast allen Ländern liegt in der Altersgruppe der 70- bis 80jährigen Männer (FINKEL, 1990; SAINSBURY, 1987).
2. Der Konsum von Psychopharmaka steigt ebenfalls mit dem Alter: 48 Prozent aller verordneten Sedativa und Hypnotika, 37 Prozent der Tranquilizer, 31 Prozent der Neuroleptika und 33 Prozent der Antidepressiva werden Patienten verordnet, die über 65 Jahre alt sind, diese nehmen derzeit aber nur 15 Prozent der Bevölkerung ein (SICHROVSKI, 1984). Dabei nehmen Frauen doppelt so viel wie die Männer ein (KRAUSE-GIRTH, 1989).

Nach den Pionierleistungen von RADEBOLD (z.B. 1980, 1983, 1990) mit seiner Kasseler Arbeitsgruppe haben sich in den letzten Jahren auch weitere Forscher mit den psychosomatischen Problemen alter Menschen befaßt. Zu nennen sind HEUFT in Essen (z.B. 1990, 1992, 1993) und HIRSCH in Bonn (z.B. 1992). Dennoch muß festgestellt werden, daß – gemessen

an der Relevanz des Forschungsgegenstandes – die Annäherung an diesen außerordentlich zögernd vor sich geht. Dieses mag zum Teil mit der kulturimmanenten Abwehr gegen alles, was mit Alter, Siechtum und Tod zu tun hat, zusammenhängen. Es hat aber sicher auch wissenschaftstheoretische Gründe. «Altern ist ein Paradigma eines psychosomatischen Prozesses, in dem körperliche, psychische und soziale Prozesse unlösbar miteinander verzahnt sind» (GROEN, 1987, S. 179). Das Krankheitsverständnis des Alters kann nur ein ganzheitliches sein, in welchem die Interdependenz sich verstärkender oder auch kompensierender Faktoren über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Eine traditionelle, an naturwissenschaftlicher Methodik orientierte Forschung stößt hier an ihre Grenzen. BERGENER (1985) hat sich mit diesem Problem auseinandergesetzt. Er beklagt, daß eine mehrdimensionale Diagnostik bis heute ein weitgehend uneingelöster Anspruch geblieben sei. Aber er hat auch Hoffnung: «Die Geriatrie ... könnte ... geradezu der Modellfall anthropologischer Medizin und damit beispielhaft für das dringend notwendige Umdenken in der Medizin unserer Zeit werden» (S. 11).

Alter ist die Resultante biologischer und sozialer Veränderungen. Ob diese bewältigt werden können, ist abhängig von Persönlichkeitsstrukturen, deren Muster und Vulnerabilität aus individuellen Sozialisationsprozessen erwachsen sind. Die Grenze zwischen gesund und krank wird dabei bestimmt von der

Adaptationsfähigkeit alter Menschen. In einer sich rasch verändernden Umwelt liegen viele Herausforderungen, die Flexibilität verlangen, wenn man Schritt halten will: sich wandelnde Normen, neue Wertvorstellungen und familiäre Strukturen, aber auch technische Entwicklungen.

Die psychische Stabilität eines Menschen ist das Resultat seiner Fähigkeit, mit Schicksalsschlägen, Konflikten, Verlusten – und den damit verbundenen Ängsten – angemessen umzugehen. Im Alter nimmt nicht nur die Adaptationsfähigkeit ab, sondern auch die in jüngerem Alter vorhandenen Kompensationsmöglichkeiten. So werden Verluste im Alter zu irreversiblen, nicht mehr kompensierbaren Ereignissen, und ihnen kommt eine vitale Bedeutung zu. Die biologischen, sozialen und psychischen Einschränkungen und die Begrenztheit der eigenen Existenz werden zur unwiderruflichen Wahrheit.

## 1. Verarbeitung von Verlusten als zentrale psychische Aufgabe im Alter

### 1.1 Verlust körperlicher Funktionsfähigkeit

In einem Zusammenspiel genetisch bedingter (z. B. im ZNS, Endokrinium, Knochenstruktur) und erworbener (z. B. Gefäßsystem) Veränderungen kommt es zu Funktionseinbußen, die die körperliche Leistungsfähigkeit und Reaktionsbereitschaft des Organismus erheblich einschränken. Die Motorik ist verlangsamt, sexuelle Potenz, Gedächtnis und Merkfähigkeit lassen nach, die Widerstandskraft gegen schädliche Umwelteinflüsse, wie z. B. Infektionen, Hitze, Kälte, Noxen, ist geringer, die Erschöpfungsbereitschaft größer. Sehverschlechterung, Schwerhörigkeit und degenerative Skelettveränderungen führen zu einer Verengung des Lebensradius und zu Kommunikationseinschränkungen, die einen großen Einfluß auf die Homöostase einer Persönlichkeit haben. Es kommt zu einem somato-psycho-somatischen Circulus vitiosus. Die Prothesenmedizin, die neue Hüften, Zähne, Schrittmacher oder Hörgeräte anbietet, mag diese Einschränkungen segensreich reduzie-

ren, schafft aber Abhängigkeiten, die zum Teil als narzißtische Kränkungen verarbeitet werden müssen. Gelegentlich führen diese Prothesen einerseits zu Verleugnungen und andererseits Enttäuschungsreaktionen, wenn an sie illusionistische Vorstellungen neuer Jugendlichkeit geknüpft werden.

### 1.2 Verlust naher Angehöriger

Verluste werden nicht nur durch *Tod*, mit dem sich alte Menschen sehr viel häufiger und existentieller konfrontiert sehen als junge, erlitten, sondern auch durch *Entfremdung*.

1987 lebte jede zweite Frau in der alten Bundesrepublik und jeder siebente Mann über 65 Jahre in der alten Bundesrepublik allein (KURATORIUM DEUTSCHE ALTENHILFE, 1991). Auch wenn Frauen offensichtlich besser in der Lage sind, sich allein zu versorgen, bedeutet der Tod des Partners, dessen Versorgung für viele Lebensinhalt war und über dessen Status sich viele definiert haben, die Notwendigkeit einer Neuorientierung zu neuen Inhalten, die für viele problematisch ist. Todesfälle unter den Geschwistern, Freunden, vertrauten Weggenossen, aber auch Kindern im mittleren Alter können sehr viel schwerer überwunden werden als in jüngeren Jahren, in denen neue Beziehungen oder narzißtische Gratifikationen helfen, Trauer zu bewältigen.

Die Befunde, die in Roseto, einer italo-amerikanischen Stadt in Pennsylvanien erhoben wurden, sprechen deutlich für die salutogenetische Bedeutung intakter Sozialstrukturen, insbesondere positiver Bindungen in Familie und Nachbarschaft. Bei identischem Cholesterinspiegel war das Infarktrisiko in Roseto dreimal geringer als bei den Bewohnern der Nachbarorte, in denen die sozialen Beziehungen unverbindlicher und lockerer waren. Auch die Prävalenz seniler Demenz war bemerkenswert gering (WOLF, 1987).

Die zunehmende *Vereinsamung* alter Menschen ist nicht zuletzt durch sozio-kulturelle Faktoren bestimmt. Die allgemeine Tendenz zu Einpersonenhaushalten ist hier symptomatisch. Die Scheidungsraten sind hoch, die Generationsbindungen sind locker, nicht zuletzt, weil durch die moderne Sozialgesetzgebung die jüngere Generation ihrer Versorgungsver-

pflichtungen enthoben ist. Im Gegensatz zu Roseto, wo den alten Bürgern offensichtlich, wie heute noch in nicht-industrialisierten Ländern, Verantwortung übertragen und Respekt entgegengebracht wird, ist in unserem Klima die Weisheit der Lebenserfahrung ein kaum gefragter Wert. Auch können alte Menschen, die in ihrer Jugend Krieg und Entbehrungen erleiden mußten, wenig Verständnis für die Generation der Konsum- und Wegwerfgesellschaft aufbringen. Dieses alles führt zu einer Entfremdung und damit Vereinsamung.

### 1.3 Verlust der sozialen Identität

«Die Zwangsberentung eines gesunden Menschen beinhaltet keinen Wechsel im Sozialstatus, sondern dessen Verlust» (CORSON u. CORSON, 1987). Die Autoren plädieren nachdrücklich für eine flexible Handhabung der Altersgrenze für gesunde ältere Menschen und betonen, daß die derzeitige Praxis gleichzusetzen sei mit der sozioökonomischen Krankheit einer Gesellschaft, die sich nicht am Menschen, sondern an Maschinen orientiere. Die *Aufgabe der Berufstätigkeit* impliziert dabei viele unterschiedliche Aspekte, deren wichtigster die Funktionslosigkeit ist. Diese liegt nicht nur im Wegfall der Berufstätigkeit an sich, sondern auch in einem Gefühl des Nicht-Gebraucht-Werdens, einem Verlust an Kontakten zu Arbeitskollegen und insbesondere der Chance, Herausforderungen zu bewältigen, die für die Aufrechterhaltung des Selbstgefühls von großer Wichtigkeit sind. Die stabilisierende Funktion des Anpassungsmechanismus «Identifikation mit der Rolle» (PARIN, 1978) liegt darin, den Umgang mit der Umwelt zu erleichtern bzw. auch defiziente Ich-Funktionen zu ersetzen. Der Verlust der Rolle im Berufsleben bringt immer eine Erschütterung und Destabilisierung mit sich, die eine erhöhte psychosomatische Vulnerabilität zur Folge hat. Mit dem *Pensionierungstod* haben JORES und PUCHTA (1959) die potentiell katastrophale Folge bei dem Verlust der sozialen Rolle beschrieben. Den beschriebenen Problemen entgehen Menschen, die gezielt und unambivalent ihrer Berentung bzw. Pensionierung entgegensehen.

Immer aber ist im Zuge der Beendigung des Berufslebens Neuorganisation des Alltags angesagt. Der normale Tages- und Wochenrhythmus ändert sich, «alle Tage Sonntag» hat für viele alte Menschen Schattenseiten, eine neue Zeitstrukturierung ist erforderlich. Durch das intensivere Zusammenleben mit dem Partner bzw. der Partnerin können Krisen entstehen – auch bei vorher harmonischen Beziehungen. Nicht selten sind es die Frauen, die nach der Berentung oder Pensionierung des Mannes mit psychosomatischen Beschwerden Behandlung suchen. Auch langjährige, schon früh geschlossene Ehen werden fast doppelt so häufig auf Antrag der Frauen geschieden (Statistisches Bundesamt, 1991).

## 2. Psychosomatik: Das Krankheitsspektrum

Abgesehen von den beschriebenen spezifischen Bedingungen der letzten Lebensabschnitte gilt grundsätzlich, daß im Alter alle in früheren Lebensphasen beschriebenen psychosomatischen Störungen auftreten können, wenn die Gewichtung auch eine andere ist.

Grob lassen sich folgende Krankheitstypen unterscheiden:

### a) Klassische Psychosomatosen

Über die Erstmanifestation der sogenannten klassischen Psychosomatosen liegen unterschiedliche Angaben vor, sicher ist aber, daß sie im jüngeren bzw. mittleren Alter häufiger auftreten (HUNTER u. CLEGHORN, 1982). Das Ulcus ventriculi, Asthma bronchiale und Colitis ulcerosa sind Erkrankungen, die im Alter erstmalig auftreten können. Relevanter sind die im Alter manifesten Folgeerscheinungen früher aufgetretener Krankheiten, wie z. B. der essentiellen Hypertonie oder rheumatoiden Arthritis mit ihren bekannten Einschränkungen und Behinderungen.

### b) Funktionelle Erkrankungen und Konversionsneurosen

Es handelt sich um Fehlregulationen im Vegetativum, aber auch im Sensorium und/oder

Bewegungsapparat. Funktionelle Störungen im Alter sind rückläufig, aber immer noch häufig. Schlafstörungen, resistente Schmerzen unklarer Genese, insbesondere im Mundbereich, Zungenbrennen, Obstipation, Schwindel und Erschöpfungszustände gehören zum Alltag des Arztes in der Praxis. Die Hyperventilationstetanie mit oder ohne herz-neurotische Komponente ist nicht selten. Ein interessantes Phänomen ist das Verschwinden von Migräne im Alter – möglicherweise als Folge der verminderten Elastizität der Arterien (GROEN, 1987).

#### c) Manifeste organische Erkrankungen

Sie werden durch seelische und/oder soziale Probleme verstärkt oder für die Bewältigung seelischer Konflikte benutzt.

Multimorbidität und Polypathie (HIRSCH et al., 1992) führen zu verschiedenen Einschränkungen, die individuell sehr unterschiedlich kompensiert werden. KRUSE (1992) weist bei einer Untersuchung an 480 Probanden nach, daß zur Beurteilung gesundheitlicher Einschränkungen die Erfassung des Lebenskontextes unerlässlich sei. Die bereits eingangs beschriebene bio-psycho-soziale Verzahnung, die für Krankheiten im Alter – aber nicht nur hier – so typisch ist, bekommt durch die Verselbstständigung organischer Prozesse, die meist irreversibel sind, ihre besondere Färbung (HAAG, 1985; HEUFT, 1993). Die Interaktionsmuster von Psyche, Soma und Umfeld werden gleichsam unübersichtlich. Es ist im klinischen Alltag oft eindrucksvoll zu beobachten, wie «ruhende» Störungen im Zuge eines psychosozial traumatisierenden Geschehens, wie z. B. einem Verlust, manifest werden. Es geht dabei um eine Überbesetzung bereits vorhandener somatischer Erkrankungen, die möglicherweise kulturspezifisch ist. OVERBECK (1984), der sich ausführlich mit den adaptativen Aspekten psychosomatischer Phänomene auseinandergesetzt hat, stellt die Frage, ob ihre zunehmende Häufigkeit eine Anpassung der Patienten an eine Medizin darstellt, in der nur die körperliche Krankheit zählt, seelische Störungen aber keinen Platz finden (S. 33). Körperliche Symptome werden zu Eintrittskarten für die ärztliche Praxis und – hier ist es noch gravierender – Klinik,

und die objektivierbaren Störungen rechtfertigen dann meist frustrane diagnostische, aber auch therapeutische Maßnahmen, die an den wirklichen und vielleicht sogar zu beeinflussenden Problemen vorbeigehen.

Die Anzahl der Erkrankungen steigt proportional mit dem Alter. Sie liegt bei 75jährigen zwischen 4 und 5 Diagnosen pro Patient (LINDNER, 1973). Nicht behandelbare Organveränderungen, wie z. B. Osteoporose, Emphysem, degenerative Gelenkerkrankungen, werden zu biologischen Konstanten, welche die Adaptationsfähigkeit und Widerstandskraft beeinträchtigen und den Verlauf vordergründiger, prinzipiell behandelbarer Erkrankungen mitbeeinflussen. Kommt es zu einer Störung der bio-psycho-sozialen Homöostase, zeigt sich die Vulnerabilität des Organismus vorrangig im Bereich seiner biologischen Achillesferse.

#### d) Somato-psychische Reaktionen

Es handelt sich dabei um seelische Störungen als Reaktionen auf akut auftretende (z. B. Insult) oder chronisch verlaufende Organerkrankungen. Umgekehrt kann es durch chronische Erkrankungen auch zu schweren depressiven Verstimmungen kommen; sie sind sogar der häufigste Grund. Epidemiologische Studien zeigen einen engen Zusammenhang zwischen körperlicher Behinderung und psychischer Erkrankung (COOPER u. SOSNA, 1983), wobei der Einschränkung der motorischen Beweglichkeit die wichtigste Rolle zukommt, gefolgt von der Reduktion des Sehens und Hörens.

Die häufigste psychische Erkrankung alter Menschen ist die *Depression*, wobei psycho-reaktive depressive Syndrome an erster Stelle stehen, vor endogenen oder hirnanorganisch bedingten Depressionen (JUNKERS et al., 1976). Körperliche Erkrankungen waren bei Untersuchungen von POST (1986) bei 42 Prozent seiner alten Patienten einer Depression vorausgegangen. Psychische Erkrankungen im Alter werden aber nur zum Teil (zwischen 15 und 67,7 Prozent, ZINTL-WIEGAND et al., 1980) als solche von den behandelnden Hausärzten identifiziert. Aus psychodynamischer Sicht sieht RADEBOLD (1990) eine Ursache für diese «Kurzsichtigkeit» in der Umkehrung

der «klassischen» Übertragungssituation der (meist) jüngeren Ärzte ihren Patienten – und umgekehrt – gegenüber. Die auf den älteren Patienten projizierten abgewehrten infantilen Wünsche und Konflikte eigenen Eltern gegenüber – ebenso wie die Übertragung der Wünsche der älteren Patienten auf den jüngeren Arzt als «letztem Kind» – stehen in einem Widerspruch zu der real notwendigen Rollenverteilung. Daneben kann die Angst vor dem eigenen Alterwerden, der Einsamkeit, möglichen Behinderungen und der Todesnähe Abwehrprozesse mobilisieren, die empathisches Eingehen auf die seelischen Probleme älterer Patienten erschweren. Dieses hat insofern tragische Aspekte, als für viele alte Patienten Ärzte die wenigen noch verbliebenen Kontaktpersonen sind.

### 3. Zur Psychodynamik psychosomatischer Störungen im Alter

Somatisierungen depressiver Reaktionen, ebenso wie schwere depressive Verstimmungen in Verbindung mit altersspezifischen körperlichen Erkrankungen, sind die Herausforderungen, denen sich die Psychosomatik zu stellen hat. Das zentrale Problem ist die Notwendigkeit, Verluste, die meist oder kaum zu kompensieren sind, zu bewältigen, also Trauerarbeit zu leisten. GROEN (1987) stellt fest, daß die Diagnose «Involutionsdepression» viele Züge einer chronischen Trauerreaktion hat. Wichtig ist es dabei zu sehen, daß bei jedem Patienten eine durch seine Biographie, seine Persönlichkeitsstruktur und aktuelle Lebenssituation bestimmte *individuelle Verarbeitungs-dynamik* ins Auge gefaßt werden muß. Körperliche Symptome sind dann Chiffren im diagnostischen Prozeß und haben die Funktion, Verluste zu maskieren. Dieses ist nicht spezifisch für das Alter, bekommt aber in dieser Lebensphase eine besondere Relevanz (HAAG, 1985). Die erhöhte Suizidrate wurde bereits erwähnt.

Einige klinische Beispiele sollen diese individuelle Verarbeitungsdynamik verdeutlichen:

Nach dem Tod seiner Ehefrau an einem Darmkrebs entwickelt ein 70jähriger Patient eine funktionelle gastrointestinale Symptomatik. Er war seiner Frau 40 Jahre symbiotisch verbunden. Ohne sie ist er völlig hilflos, er zieht sich zurück, gewinnt die Überzeugung, ebenfalls an einem Krebs erkrankt zu sein, ohne daß er emotional davon besonders berührt erscheint.

Wir finden hier eine *identifikatorische Übernahme der Symptomatik* der verstorbenen Ehefrau. In der Krankheit kommt es gleichsam zur Wiederbelebung des verlorenen Objektes durch die gemeinsame Symptomatik im Rahmen einer nicht gelungenen Trauerarbeit bei einer defizienten Autonomieentwicklung.

Eine 67jährige Patientin hat ihre unglückliche Ehe, in der sie häufig betrogen wurde, nur aus Versorgungsgründen aufrecht erhalten. Nach dem kürzlichen Infarkt des Mannes entwickelt sie innere Unruhe, Schlafstörungen, «Herzanfälle». Sie zieht sich zurück, fühlt sich beobachtet, weil sie meint, zu einer Trauer verpflichtet zu sein, die sie nicht aufbringen kann. Insgeheim fühlt sie sich befreit, kann dieses jedoch nicht genießen, weil sie fürchtet, am Tode des Mannes, den sie mehr oder weniger uneingestanden ersehnt hat, schuldig zu sein.

War die Beziehung zum Partner spannungsgeladen und enttäuschend, ist die Ablösung nach dem Verlust oft ebenfalls sehr schwierig. Die Realisierung uneingestandener Todeswünsche gegenüber dem Partner mobilisieren dann Schuldgefühle, die gleichsam durch die Erkrankung gesühnt werden. Auch an diesem Fall finden wir eine identifikatorische Symptomübernahme bei ebenfalls nicht gelungener Trauerarbeit, hier als Ausdruck einer *Schuldverarbeitung*.

*Hypochondrische Symptome* nehmen im Alter zu (MÜLLER, 1967; KANOWSKI, 1979). Verstärkte Isolierung, das Gefühl, überflüssig zu sein, sowie die physiologische, altersbedingte Reduktion körperlicher Leistungsfähigkeit führen zu einer ängstlichen Beobachtung körperlicher Funktionen bis zu wahnhafter Phantasieausgestaltung. Diese intensive krankhafte Selbstbeobachtung schützt vor Konfrontation mit schmerzlichen Gefühlen, die sich häufig aus einer Einbuße an Selbstständigkeit, aber auch aus Verlassenheitsängsten ergeben. In der Hypochondrie ermöglicht Krankheit eine *narzißtische Restitution*: Die Beschäftigung mit dem Körper grenzt eine

diffuse, überwältigende Angst vor totaler persönlicher Insuffizienz ein und wird so gleichsam konkretisiert: «Eigentlich bin ich noch leistungsfähig, ich bin nur wegen der Körperbeschwerden daran gehindert, es zu beweisen» (DENEKE u. HILGENSTOCK, 1989). Gleichzeitig bleibt über die «Schöpfung» immer neuer Symptome und die dadurch notwendige Konsultation neuer Spezialisten eine gewisse Beziehung zur Umwelt garantiert. SULLIVAN (1940): «Er (der Hypochonder) fühlt sich gezwungen, alle Details seiner Symptome der Außenwelt mitzuteilen. Die Krankheit wird sozusagen einziger Öffentlichkeitsaspekt seiner Persönlichkeit.» Therapeutisch ist der Patient in seiner somatischen Selbstbezogenheit schwer zu erreichen. Letztlich hat er die Außenobjekte aufgegeben und diese durch seinen «kranken» Körper ersetzt. So ist dieser schließlich selbst zum Objekt geworden, womit das gefährliche Abgleiten in eine objektlose Desorientierung vermeidbar wird (DENEKE u. MÜLLER, 1983).

Eine 62jährige Patientin klagt seit vier Jahren über Schmerzen und Steifheitsgefühle in den Beinen, die sie ans Haus fesseln. Abgesehen von mäßig arthrotischen Kniegelenken sind diese Beschwerden weder von neurologischer noch von orthopädischer Seite her erklärbar. Die Patientin wird von ihrer Tochter, einer jungen Ärztin, angemeldet. Letztere ist das einzige, spät geborene Kind der Patientin, die, seit 17 Jahren verwitwet, in ihr den einzigen Lebensinhalt sieht. Die Zunahme der Beschwerden steht in deutlichem Zusammenhang mit dem Auszug der Tochter, welchen die Patientin als Treulosigkeit und Verrat erlebt.

Die Funktionalisierung einer Körperbeschwerde mit manifestem Organbefund bei realen oder drohenden Verlusten ist weit verbreitet, wird aber bei alten Patienten für die Umgebung besonders bedrängend. Hier bekommt die Symptomatik die Form einer *Anklage*. Das Tragische an diesem Versuch, über körperliche Symptome Trennungen zu vermeiden, liegt darin, daß sie als Erpressung erlebt werden und die Umwelt sich nach anfänglicher Zuwendung und Anteilnahme später zurückzieht. Die gefürchtete Einsamkeit des Kranken, die durch die Symptomatik verhindert werden sollte, wird so umso größer, und die Kranken geraten in einen regressiven Sog, der schwer reversibel ist. Hier werden die kör-

perlichen Symptome zu Vehikeln für nach außen gerichtete Aggressivität, die jede innere Verbindung zur Umwelt zerstören können. Die nach außen projizierte Wut löst bei Angehörigen und Ärzten Schuldgefühle und Ohnmacht aus, die sich therapeutisch häufig in sinnlosem polypragmatischem Agieren widerspiegeln.

## 4. Psychotherapie im Alter aus psychodynamischer Perspektive

### 4.1 Indikation

Von zentraler Bedeutung ist, daß die körperliche, soziale und psychische Situation alter Patienten immer gemeinsam gesehen werden müssen, d. h., der Psychotherapeut muß in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt und möglicherweise auch sozialen Einrichtungen arbeiten, um überhaupt die Voraussetzung für seine Therapie zu schaffen. Die psychodynamische Konfiguration sollte nicht durch eine dermaßen schwerwiegende Organpathologie, überwältigende Traumatisierungen oder eine massive Regression deformiert werden, daß die Erreichbarkeit und Arbeitsfähigkeit des Patienten verunmöglicht ist (KAHANA, 1979). Entfallen diese Einschränkungen, unterscheidet sich die Indikationsstellung für eine Psychotherapie nach dem bisherigen Wissensstand nicht wesentlich von der für jüngere Patienten: Neben der Fähigkeit, ein therapeutisches Bündnis einzugehen, eine gewisse Introspektionsfähigkeit, kein unüberwindbarer sekundärer Krankheitsgewinn sowie die Fähigkeit, Übertragungsmuster wahrzunehmen, die für die therapeutische Arbeit nutzbar zu machen sind.

Die spezifischen Probleme, die sich aus der Konstellation jüngerer Therapeut/älterer Patient ergeben, sind bereits beschrieben worden. RADEBOLD (1980) betont, daß der Therapeut nicht die einzige Bezugsperson für den Patienten darstellen sollte. Die Beziehungsfähigkeit als Ausdruck des Vermögens, Vertrauen zu haben, das auch gleichsam als Indikator für die Schwere der psychischen Störung gelten kann,

ist für die Behandlung das wichtigste Kriterium. Patienten mit schweren narzißtischen Störungen oder schizoiden Persönlichkeitsstrukturen bereiten die größten Probleme. Während diese Patienten in jüngeren Jahren nur in Ausnahmefällen zum Therapeuten kommen, können sie im Alter, wenn ihre narzißtische Abwehrorganisation angesichts der realen Einbußen an Einfluß und Leistungsfähigkeit zusammenbricht, den Therapeuten sehr bedrängen. Diese Patienten werden mehr durch Neid und Wut als durch Trauer und Depression bestimmt. Auf die Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe reagieren sie mit Gefühlen von Beschämung und der Vorstellung, gescheitert zu sein. Ihre magische Erwartung geht eher in Richtung einer Wiederherstellung ihrer alten Grandiosität als einer Reifung im Sinne einer Umorientierung und angstfreien Anpassung an die Bedingungen der letzten Lebensabschnitte (COHEN, 1982).

Schließlich gibt es Patienten, die in symbiotischer Umklammerung ihre Angehörigen überlasten, so daß letztere einen Psychotherapeuten einschalten.

#### 4.2 Therapeutisches Setting

Dieses sollte flexibel gehandhabt werden, d. h., die Stunden können kürzer und länger sein, die Frequenz wechselnd. Auch Hausbesuche und telefonische Stunden sind gelegentlich sinnvoll. Über Gruppentherapien mit alten Patienten liegen vor allem von der Kasseler Arbeitsgruppe (RADEBOLD, 1983) eindrucksvolle Ergebnisse vor, sollen hier jedoch nicht näher diskutiert werden. Als optimale Behandlungsform hat sich in der Einzeltherapie eine problemzentrierte einsichtsorientierte Behandlung von ein bis zwei Sitzungen pro Woche erwiesen. RADEBOLD (1980) – und dieses entspricht unseren eigenen Erfahrungen – betont, daß das Angebot, sich bei eventuellen Schwierigkeiten auch nach der Beendigung der Therapie zu melden, bei manchen Patienten entscheidend zur Stabilisierung beiträgt. In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, daß die Beendigung der Behandlung bei alten Pa-

tienten eine qualitativ spezifische Dynamik hat. Die immer wiederkehrenden Lebenskrisen des Menschen haben als gemeinsamen Nenner das Thema von Trennung und Individuation. Die Auflösung dieser «Modellneurose» (MANN, 1978), die auf unterschiedlichem entwicklungspsychologischem Niveau stattfindet, gehört zum Thema jeder psychodynamischen Behandlung und führt in früheren Lebensjahren zu einem Neubeginn. Die Beendigung einer Therapie mit alten Menschen wird zu einem Abschied, der die Chance dieses Neubeginns nur noch selten impliziert. Gewisse Patienten vollziehen eine Gleichsetzung von Therapiedauer und Weiterleben. Hier gestaltet sich das Therapieende schwierig. Der Abschied bekommt durch das Todesthema gleichsam eine existentielle Dimension.

#### 4.3 Therapieziel

Es orientiert sich bei älteren und alten Menschen an einer Wiedergewinnung des psychophysischen Gleichgewichts unter den Bedingungen subjektiver und objektiver altersspezifischer Veränderungen (MUSLIN u. EPSTEIN, 1980). Dazu gehört eine *Modifizierung des Ich-Ideals*, das sich zunehmenden Einschränkungen anpassen muß, ohne daß dieses mit Scham und Schuldgefühlen erlebt wird. Wichtig ist auch das Zulassenkönnen von Passivität und Abhängigkeit unter Aufrechterhaltung der Selbstachtung trotz verminderter körperlicher Möglichkeiten sowie das Ertragen von Verlusten, ohne ganz zu verzweifeln. Unter der Prämisse, daß eine depressive Dekompensation durch aktuelle Konflikte oder Verluste immer eine Wiederbelebung älterer psychodynamisch relevanter Aspekte impliziert, können falsche bzw. neurotische Einstellungen, Wünsche und Erwartungen aber auch in höherem Alter korrigiert werden. Dabei ist gerade der Aspekt der Versöhnung von großer Bedeutung. Hier ist nicht die resignative Form einer Pseudoversöhnung gemeint, sondern der Gewinn einer neuen Perspektive, die über den Weg eines neuen Verständnisses Verbitterung und Schuldgefühle lösen kann (HAAG, 1986).



#### 4.4 Psychosomatische Grundversorgung für alte Patienten

Alte Patienten werden selten zu einer Psychotherapie überwiesen und finden auch selten den Weg spontan dahin. In diesem Faktum treffen sich einerseits der Widerstand vieler Therapeuten gegen die Psychotherapie im Alter sowie ein Widerstand vieler Älterer selbst, sich mit ihren psychischen Problemen an andere zu wenden. Dies mag an sich schon Ausdruck einer resignativen (bzw. depressiven) Grundhaltung sein, hat aber auch kulturhistorische Gründe. Alte Menschen sind sehr viel stärker als die jüngeren Generationen, die psychologische Aspekte selbstverständlich in ihr Denken einbezogen haben, in einem Bewußtsein aufgewachsen, daß Konflikte, Probleme und Verstimmungen selbst zu bewältigen seien. Häufig schämen sie sich sogar ihrer emotionalen Bedürfnisse. So verarbeiten sie seelische Beeinträchtigungen schuldhaft und drücken diese eher in Form körperlicher Symptome aus, als daß sie um psychotherapeutische Hilfe nachsuchten.

Mag Psychotherapie für psychoneurotische Patienten auch die Behandlung der ersten Wahl sein, so gilt dies nicht für viele jener Patienten, die ärztliche Praxen und Klinikbetten füllen, weil sie ihre aktuellen, altersspezifischen Probleme somatisieren.

Die Behandlung alter Menschen ist die Domäne des Allgemeinmediziners bzw. des hausärztlich tätigen Facharztes, deren Bedeutung für die geriatrische Versorgung in Anbetracht der Zunahme älterer Bürger noch wachsen wird. Seit Einführung der «psychosomatischen Grundversorgung» in die kasernenärztliche Versorgung 1987 sind – unter der Voraussetzung einer strengen Qualitätskontrolle auch in diesem Bereich – die Chancen für eine bessere psychosomatische Versorgung gegeben, von der auch insbesondere alte Menschen profitieren müßten. Ein ganzheitliches Vorgehen, das basale Psychotherapie einschließt, würde insbesondere in die Versorgung der Älteren eine humane Dimension einführen, die vielerorts verloren gegangen ist.

Dies gilt ebenso für die stationäre Versorgung. Über die Hälfte der Patienten auf internistischen Stationen der Allgemeinen Kran-

kenhäuser in Hamburg sind über 65 Jahre alt (HAAG et al., 1989). Auch wenn unter dem Druck dieser Tatsachen neue gesundheitspolitische Überlegungen in Richtung einer angemesseneren Versorgung der älteren Bevölkerung angestellt worden sind und geriatrische Abteilungen geplant und etabliert werden, muß eine Neuorientierung im Sinne einer psychosomatischen Grundversorgung auch im Krankenhaus gefordert werden. Bei 72,8 Prozent der von uns untersuchten Patienten haben wir einen psychosomatischen Zusammenhang bei ihrer Erkrankung festgestellt und/oder zumindest vermutet (WIENCKE, 1990). Empirische Untersuchungen in den USA haben gezeigt, daß zusätzliche psychosoziale Betreuung einen positiven Einfluß auf den Krankheitsverlauf hat, die Mortalität senkt und die Rehabilitationschancen verbessert. Auf seiten der Kostenträger schlägt diese um die psychosoziale Dimension erweiterte Versorgung durch erhebliche Einsparungen (Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer, geringere Inanspruchnahme medizinischer Dienste) zu Buche. Bereits bescheidene Interventionen – so wurde nachgewiesen – haben eine große Wirkung, insbesondere bei alten Patienten (MUMFORD et al., 1984). Die Tatsache, daß solche Ergebnisse, die unmittelbar zeigen, daß ein umfassendes, biopsychosoziales Vorgehen auch erhebliche ökonomische Konsequenzen zeitigt, von Gesundheitspolitikern und Kostenträgern bisher kaum zur Kenntnis genommen werden, ist eines der großen Probleme, mit denen wir uns zukünftig sehr viel kämpferischer als bisher auseinanderzusetzen haben.

#### Literatur

- BERGENER M: Psychiatrie des höheren Lebensalters – Implikationen eines psychosomatischen Krankheitskonzeptes in der Alterspsychiatrie. In BERGENER M, KARK B (Hrsg.) Psychosomatik in der Geriatrie, S. 10, Steinkopff, Darmstadt 1985
- COHEN NA: On loneliness and the ageing process. *Int J Psychoanal* 63, 149–155, 1982
- CORSON SA, O'LEARY CORSON E: Stress of forced idleness: Is chronologic age an appropriate criterion for retirement? In LEVY L (ed) Society, stress,

- and disease. Vol. 5, Old Age, S.44, Oxford University Press 1987
- COOPER B, SOSNA U: Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. *Nervenarzt* 54, 239–249, 1983
- DENEKE FW, MÜLLER R: Eine Untersuchung zur Dimensionalität und metrischen Erfassung des narzißtischen Persönlichkeitssystems. *Psychother Psychosom Med Psychol* 12, 329–249, 1983
- DENEKE FW, HILGENSTOCK B: Das Narzißmus-Inventar. Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1989
- FINKEL SL: Suicide in Later Life. In BERGENER M, FINKEL SL (ed) *Clinical and scientific psychogeriatrics*. Vol. 1, S. 287, Springer, New York 1990
- GROEN JJ: Psychosomatic aspects of ageing. In LEVY L (ed) *Society, stress, and disease*. Vol. 5, Old Age, S. 179, Oxford University Press, 1987
- HAAG A: Psychosomatische Aspekte funktioneller Störungen bei der Bewältigung von Verlusten im Alter. In BERGENER M, KARK B (Hrsg.) *Psychosomatik in der Geriatrie*, S. 25, Steinkopff, Darmstadt 1985
- HAAG A: Zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie depressiver Syndrome im Alter. In BERGENER M (Hrsg.) *Depressionen im Alter*, S. 111, Steinkopff, Darmstadt 1986
- HAAG A, STUHR U, WIENCKE T: Psychosomatische Aspekte bei alten Menschen in der stationären Versorgung. In SPEIDEL H, STRAUS B (Hrsg.) *Zukunftsaufgaben der Psychosomatischen Medizin*, S. 44, Springer, Berlin/Heidelberg 1989
- HEUFT G: Zur Auslösesituation internistisch-psychosomatischer Symptome bei älteren und alten Patienten. *Klin Wschr* 68 (Suppl. XXIV), 97–98, 1990
- HEUFT G: Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierungen im Alter. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43, 46–54, 1993
- HEUFT G: Multimorbidität: Macht und Ohnmacht des Therapeuten aus psychosomatischer Sicht. In HIRSCH RD, BRUDER J, RADEBOLD H, SCHNEIDER HK (Hrsg.) *Multimorbidität im Alter*, S. 108, Huber, Bern/Göttingen/Toronto 1992
- HIRSCH RD, BRUDER J, RADEBOLD H, SCHNEIDER HK (Hrsg.): *Multimorbidität im Alter*. Huber, Bern/Göttingen/Toronto 1992
- HUNTER RCA, CLEGHORN RA: Psychosomatic disorders in the elderly. *Can J Psychiatry* 27, 362–365, 1982
- JORES A, PUCHTA H: Der Pensionierungstod. *Med Klin* 54, 1158–1164, 1959
- JUNKERS G, KANOWSKI S, PAUR R: Forschung, Lehre und Krankenversorgung aus der Sicht einer Abteilung für Gerontopsychiatrie. *Gerontologie* 9, 151–175, 1976
- KAHANA RJ: Strategies of dynamic psychotherapy with the wide range of older individuals. *J Geriatric Psychiatry* 12, 71–100, 1979
- KANOWSKI S: Schlafstörungen im Alter. *Pharmakotherapie* 2, 205–213, 1979
- KRAUSE-GIRTH C: *Schein-Lösungen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1989
- KRUSE A: Multimorbidität und Polypathie: Analyse des subjektiven Gesundheitszustandes und Vorschläge für ein erweitertes Verständnis der Gesundheit im Alter. In HIRSCH RD, BRUDER J, RADEBOLD H, SCHNEIDER HK (Hrsg.) *Multimorbidität im Alter*. Huber, Bern/Göttingen/Toronto 1992
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTENHILFE, Presse- und Informationsdienst 6, 1991
- LINDNER O: Klinische Morbidität, Datenerfassung und Methodik. In SCHUBERT R, STORMER A (Hrsg.) *Schwerpunkte in der Geriatrie*. Multimorbidität, S. 46, Banaschewski, München 1973
- MANN J: *Psychotherapie in 12 Stunden*. Walter, Olten/Freiburg 1978
- MUMFORD E, SCHLESINGER HJ, GLASS GV, PATRICK C, CUERDON T: A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am J Psychiatry* 141, 1145–1158, 1984
- MÜLLER Ch: *Alterspsychiatrie*. Thieme, Stuttgart 1967
- MUSLIN H, EPSTEIN LJ: Preliminary remarks on the rationale for psychotherapy in the aged. *Compreh Psychiatry* 21, 1–12, 1980
- OVERBECK G: *Krankheit als Anpassung*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1984
- PARIN P: *Der Widerspruch im Subjekt*. Syndikat, Frankfurt a.M. 1978
- POST F: Depression, functional syndroms and alcoholism. In BERGENER M (ed) *Psychogeriatrics*, S. 102, Springer, New York 1986
- RADEBOLD H: Der psychoanalytische Zugang zu den älteren und alten Menschen. In PETZOLD H, BUBOLZ E (Hrsg.) *Psychotherapie mit alten Menschen*, S. 89, Junfermann, Paderborn 1980
- RADEBOLD H: *Gruppenpsychotherapie im Alter*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983
- RADEBOLD H: Psychosomatische Sicht des höheren Lebensalters. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 1099, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- SAINSBURY P: Psychosocial factors in developed and developing countries with regard to age and ageing. In LEVY L (ed) *Society, stress, and disease*. Vol 5, Old Age, S. 74, Oxford University Press, 1987
- STATISTISCHES BUNDESAMT, Bericht 1991
- SULLIVAN HS: *Clinical studies in psychiatry*. Norton, New York 1940

WIENCKE T: Psychosomatik und Alter. Dissertation, Hamburg 1990

WOLF St: The social setting and the pathophysiology of ageing. In LEVY L (ed) Society, stress, and disease. Vol.5, Old Age, S.69, Oxford University Press, 1987

ZINTL-WIEGAND A, COOPER J, KRUMM B: Psychisch Kranke in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Beltz, Weinheim 1980

# S. Zahnmedizinische Erkrankungen

BERNHARD STRAUSS

## 1. Psychosomatische Probleme in der Zahnmedizin

In den vergangenen Jahren waren verstärkt Bemühungen zu beobachten, psychosomatische Aspekte in die zahnmedizinische Ausbildung und Praxis zu integrieren. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, spielen diese in nahezu allen Bereichen der Zahnmedizin eine bedeutende Rolle. Nach HABERMAS und ROSEMEIER (1988) werden psychologische Faktoren vor allem im Zusammenhang mit präventiven Aufgaben berücksichtigt, mit der Behand-

lungssituation aus der Sicht des Patienten und des Zahnarztes, mit Interventionsverfahren, mit spezifischen, lokalen Beschwerdebildern, besonderen Patientengruppen (z. B. Kinder, ältere Menschen) und dem «Praxismanagement».

## 2. Epidemiologische Aspekte

Die in Tabelle 1 aufgeführten Problembereiche sind zum Teil weitverbreitete Phänomene. Nach RÖSLER und SZEWCZYK (1987) haben

Tabelle 1: Bereiche der Zahnmedizin mit besonderer psychosomatischer Relevanz.

|   |  |
|---|--|
| <i>Allgemeine Probleme</i>              | Bewältigung von Angst und Schmerz  |
| <i>Zahnerhaltung und Parodontologie</i> | Psychische Bewältigung von Zahnerkrankungen bzw. parodontaler Erkrankungen; Einfluß psychischer Faktoren auf Compliance, Prävention, Patientenverhalten  |
| <i>Kieferorthopädie und -chirurgie</i>  | Bewältigung angeborener und erworbener Kiefermißbildungen und -anomalien<br><i>Parafunktionen</i> (z. B. Bruxismus) und deren Folgen (z. B. Myoarthropathien, orofaziale Schmerzen)<br>Kiefergelenkserkrankungen |
| <i>Prothetik</i>                        | Bewältigung von Zahnverlust und -ersatz, Prothesen-unverträglichkeit   |
| <i>Spezifische Symptome</i>             | Übersteigter Würgereflex, Zungenbrennen, Schluckbeschwerden, Geschmacksstörungen, Zahnschäden bei Bulimie usw.   |

etwa 2/3 aller Patienten leichte bis starke Angst vor zahnärztlichen Behandlungen. Einige zahnmedizinische Erkrankungen, allen voran Karies und Parodontopathien, können angesichts der epidemiologischen Befunde als «Volkskrankheiten» bezeichnet werden. SCHICKE (1984) gibt hierzu beispielsweise an, daß einer WHO-Studie zufolge in Deutschland 38 Prozent der Gebisse der 35- bis 44jährigen von Karies befallen sind. 79 Prozent der erwachsenen Männer und 60 Prozent der erwachsenen Frauen sind in den USA von Parodontopathien betroffen. Malokklusionen sind nach SCHICKE (1984) in verschiedenen Ländern bei 25 bis 95 Prozent der Bevölkerung zu beobachten.

Die Bedeutung psychosomatischer Faktoren ist numerisch bisher schwer kalkulierbar. Angaben zur Verbreitung jener spezifischen Störungen, in deren Zusammenhang psychosomatische Faktoren vordringlich diskutiert werden, lassen aber vermuten, daß sehr viele Patienten betroffen sind: Parafunktionen (wie Knirschen und Pressen der Zähne, Zungen- und Wangenbeißen) etwa, oftmals Ausgangspunkt von Erkrankungen des Kiefergelenks und von Gesichtsschmerzen, treten nach NEUHAUSER (1990) zumindest temporär bei 80 Prozent der Bevölkerung auf. Der Bruxismus (Zähneknirschen) kommt nach GLAROS und RAO (1977) bei 5 bis 22 Prozent aller Erwachsenen und bei 11 bis 15 Prozent aller Kinder vor. Schließlich ist die Schätzung von RÖSLER und SZEWCZYK (1987) erwähnenswert, wonach 50 Prozent aller Zahnprothesenträger von Schwierigkeiten mit dem Zahnersatz berichten; bei 5 bis 15 Prozent liegt eine «psychogene» Prothesenunverträglichkeit vor.

### 3. Psychosomatik

#### 3.1 Bedeutung der Mundregion

Der Mund und die Zähne sind sowohl ontogenetisch wie auch phylogenetisch das bevorzugte Ausdrucksorgan für Affekte; eine Fülle von Funktionskreisen (z. B. soziales Verhalten, Sprache, Verteidigung usw.) beziehen sich auf das orofaziale System, welches im

zentralen Nervensystem so intensiv repräsentiert ist wie keine andere Körperregion (RÖSLER und SZEWCZYK, 1987). Die symbolische Bedeutung der Mundregion wurde mehrfach ausführlich beschrieben: Gesunde Zähne beispielsweise sind gleichbedeutend mit Jugend, Gesundheit, Kraft, Vitalität und Erotik, während Zahnschäden symbolisch gleichzusetzen sind mit Einbußen und Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die symbolischen Besetzungen der Mund- und Zahnregion werden in der Umgangssprache besonders deutlich (Zähne zusammenbeißen, Zähne zeigen usw., s. z. B. LAMPRECHT et al., 1986). RATH und EBENBECK (1986) weisen auf den Doppelcharakter von Mund und Zähnen hin, durch die einerseits Eigenschaften wie Mut und Aggressivität betont werden; andererseits dienen die Zähne wiederum als «Barriere zum Intimbereich», der Mund als «Mittel für Zärtlichkeit und Liebkosung» und zur Triebbefriedigung.

Medizinische Maßnahmen in der Mundregion sind somit von besonderer psychologischer Bedeutung, sie werden als Eingriff in die Intimsphäre, in die «Persönlichkeit, Vitalität und Identität» erlebt (INGERSOLL, 1987), wodurch sie immer mehr oder weniger intensiv an Gefühlen rühren (FISCH, 1989; FLEISCHER-PETERS u. SCHOLZ, 1985; RATH u. EBENBECK, 1986).

#### 3.2 Angst

Die besondere psychische Relevanz der orofazialen Region trägt maßgeblich dazu bei, daß Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ein nahezu universelles Phänomen darstellt (einer von INGERSOLL, 1987, zitierten Studie aus den USA zufolge suchen immerhin etwa 6 Prozent der US-Bevölkerung aus Angst niemals einen Zahnarzt auf!). In der Literatur werden als spezifischere Ursachen für die Angst vor zahnärztlichen Behandlungen zudem genannt: die antizipierten Schmerzen, Schuldgefühle (z. B. angesichts der Überzeugung, für die zahnmedizinischen Probleme selbst verantwortlich zu sein), die Spezifität der Untersuchungs- und Behandlungssituation (u. a. eingeschränkte Kommunika-

tionsfähigkeit, körperliche Nähe des Arztes), welche durchaus auch «zahnarztunabhängige» Ängste vor Kontrollverlust, Selbstwertverlust, phantasierter Aggressivität oder Destruktivität mobilisieren kann. Von großer Bedeutung für die erlebte Angst sind darüber hinaus traumatische Vorerfahrungen, der Einfluß des Verhaltens und der Persönlichkeit des Zahnarztes sowie eine ungünstige familiäre Einstellung zur Zahnmedizin (vgl. INGERSOLL, 1987; RAITH u. EBENBECK, 1986; MELAMED u. SIEGEL, 1980; FISCH, 1989).

### 3.3 Schmerz

Wie RAITH und EBENBECK (1986) betonen, ist der Schmerz eines der Leitsymptome, die den Gang zum Zahnarzt bedingen. In der Regel dürften die Schmerzen durch die spezifische Erkrankung erklärbar sein. Der enge Zusammenhang von Angst und Schmerz, aber auch von Schmerz und Depression, als deren körperlicher Ausdruck der Schmerz oft dient, ist dabei sicherlich ebenso zu berücksichtigen wie die Tatsache, daß zudem Schmerzen als Ausdruck einer Beziehungsstörung (oft auch zum Arzt) gesehen werden können. Nicht umsonst wird auch in der zahnmedizinischen Literatur häufig auf das von BECK (1987) beschriebene «Koryphäenkillersyndrom» hingewiesen. BECK beschreibt damit, daß Patienten mit chronischen Schmerzen mit ihrem Arzt eine Beziehung eingehen, die zunächst durch Hilfsbedürftigkeit und Idealisierung auf Patientenseite, durch Größenphantasien auf der Seite des Arztes gekennzeichnet ist. Wenn der Arzt in seinen Behandlungsbemühungen scheitert, «kippt» die Idealisierung durch den Patienten in eine Ablehnung des Arztes. Dieser wird dann den Patienten an einen anderen Spezialisten (eine Koryphäe) weiterverweisen, oder der Patient sucht von sich aus einen anderen Arzt auf. Häufig entwickelt sich dann die gleiche Dynamik wieder, was dazu führt, daß sich in der Krankengeschichte von Schmerzpatienten viele medizinische Koryphäen finden, die allesamt scheiterten und sich als machtlos erwiesen.

Funktionelle (psychogene) Schmerzen sind in der Zahnheilkunde besonders häufig (vgl. auch Kap. IV.F), äußern sich oft in unspezifischen orofazialen Beschwerden oder Kiefergelenkschmerzen (LAMPRECHT et al., 1986; ERMANN u. NEUHAUSER, 1990). EGLE (1990) zufolge lassen sich derartige Schmerzen aus psychodynamischer Sicht als Resultat eines «narzißtischen Mechanismus» (Schmerz als somatisierte Kränkung oder Enttäuschung), eines Konversionsmechanismus (Schmerz als Kompromißbildung zwischen libidinösen Wünschen und moralischen Verboten) oder vegetativer Spannungszustände (Affektäquivalente) verstehen. Letzteres scheint bei Patienten mit orofazialen Beschwerden besonders häufig zu sein.

### 3.4 Bedeutung psychologischer Faktoren bei der Zahnpflege und Prävention zahnmedizinischer Erkrankungen

Daß psychosoziale Faktoren von großer Bedeutung für die Bereitschaft zur regelmäßigen Zahnpflege und damit zur Prävention von Erkrankungen der Zähne und des Parodontiums sind, ist mittlerweile gut belegt (vgl. SCHICKE, 1984; MAGRI u. SCHNELLER, 1985). In einer neueren Untersuchung von RIZZARDO et al. (1991) wurde gezeigt, daß die Bereitschaft, bei zahnmedizinischen Erkrankungen (hier speziell Karies, Gingivitis) rasch einen Zahnarzt aufzusuchen, außer von familiären Gewohnheiten, dem Alter und der sozialen Schicht, durch die allgemeine Ängstlichkeit und das Krankheitsverhalten und Persönlichkeitsmerkmale determiniert wird, wobei die Verleugnung und affektive Gehemmtheit sich als besonders ungünstig erwiesen. Mangelnde Zahnhygiene kann zudem Ausdruck selbstdestruktiven Verhaltens sein.

### 3.5 Kieferanomalien, Parafunktionen

FLEISCHER-PETERS und SCHOLZ (1985) haben den Versuch unternommen, psychosomatische Aspekte in eine Klassifikation stomatologischer Syndrome miteinzubeziehen. Sie

unterscheiden Kieferanomalien als Folge von Manipulationen am bzw. im Mund (z. B. Lutschen, Saugen) oder aufgrund körperdynamischer Symptome (z. B. Zähneknirschen), für die psychische Faktoren als (mit-)ursächlich bezeichnet werden. Daneben werden psychische Folgestörungen bei einer Reihe von Kiefermißbildungen (z. B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) oder extremen Mißbildungen, wie z. B. Gesichtsasymmetrie, für wahrscheinlich gehalten. Die psychische Problematik, die mit der ersten Gruppe von Störungen verknüpft sein kann, ist sehr vielfältig (z. B. Lutschen als Zuwendungersatz, mangelnde Zungenaktivität bei passiver Verwöhnungshaltung, körperdynamische Störungen bei verlagelter oder gehemmter Aggressivität). Als Begleiterscheinungen bei Kieferanomalien werden von FLEISCHER-PETERS und SCHOLZ psychosomatische Erkrankungen, soziale Konflikte, Reifungskrisen, diverse neurotische Störungen und Beeinträchtigungen des Selbstwertes bzw. des Körperbildes beschrieben.

Die der ersten Gruppe von Kieferanomalien zugrundeliegenden Parafunktionen oder «Habits», wie das Knirschen und Pressen der Zähne, sind – wie erwähnt – sehr weit verbreitet. In Anlehnung an MÜLLER-FAHLBUSCH (1984) könnte man darin «psychisch stimulierte muskuläre Überaktivitäten» sehen, die wiederum mandibuläre Dysfunktionen und langfristig Myoarthropathien auslösen können. Generell können Parafunktionen verschiedene Bedeutungen haben, die FORSBERG (zit. n. WINNEBERG u. FORBERGER, 1983) untergliedert in Trostfunktionen (z. B. Lutschen, Saugen), kontrollierende Funktionen (z. B. Fühlen von Veränderungen in der Mundregion) oder (gehemmte bzw. aktive) Aggressionsfunktionen (wie beim Pressen oder Knirschen). Das Zähneknirschen (Bruxismus) ist unter den Parafunktionen bisher aus psychosomatischer Sicht besonders ausführlich untersucht. Es gibt zahlreiche Belege für den Zusammenhang von körperlichen und seelischen Beanspruchungen und der Muskelanspannung im Kieferbereich (s. z. B. RUGH u. ROBBINS, 1987). Darauf aufbauend sehen viele Autoren heute speziell im nächtlichen Bruxismus, der erheblich häufiger und schwe-

rer beeinflussbar ist, eine streßbezogene Schlafstörung, über die emotionale Belastungen, wie anhaltender Ärger, starke Ängste usw., zum Ausdruck gebracht werden. Welche psychischen Faktoren für diese Art der Konfliktbewältigung prädisponieren, ist bislang noch nicht eindeutig geklärt. Nach RÖSLER und SZEWCZYK (1987) scheinen eher zwanghafte Persönlichkeiten zum nächtlichen Zähneknirschen zu neigen.

### 3.6 Zahnverlust, Zahnersatz, Prothesenunverträglichkeit

Die Akzeptanz von Zahnersatz und Zahnprothesen ist maßgeblich durch die symbolische Bedeutung des Zahnverlustes determiniert, der als narzißtische Kränkung erlebt werden kann, als Zeichen von Wehr- und Hilflosigkeit, als Signal für das Altern, als Einschränkung von Attraktivität, nach psychoanalytischer Auffassung als Kastrationsäquivalent (vgl. RAITH und EBENBECK, 1986; MARXKORS u. MÜLLER-FAHLBUSCH, 1976). Diese Bedeutungen führen einerseits dazu, daß viele Patienten große Hoffnung in den Zahnersatz oder die Prothese setzen; andererseits werden im Zusammenhang mit der psychischen Aneignung oder Inkorporation von Zahnprothesen häufig Probleme mit der Bewältigung von Krisen deutlich, die mit den oben genannten Aspekten verbunden sind. Die Zahnprothese hat also oftmals eine Sündenbockfunktion für Minderwertigkeitsgefühle und ungenügende Bewältigungsmechanismen, die sich tatsächlich auf andere Bereiche beziehen, z. B. auf altersbedingte Lebensveränderungen. Somit ist der häufig berichtete Befund nicht überraschend, daß die subjektive Zufriedenheit mit einer Zahnprothese und deren technische Qualität oft nicht übereinstimmen (vgl. RÖSLER u. SZEWCZYK, 1987).

In nicht seltenen Fällen äußert sich der unbewußte Protest gegen die Zahnprothese in unterschiedlichen Symptomen, wie z. B. Würgegefühl, Brennen im Mund, Mund- und Gesichtsschmerzen, intra- und extraoralen Mißempfindungen (vgl. MÜLLER-FAHLBUSCH, 1984). In diesen Fällen würde man von einer «psychogenen Prothesen-

unverträglichkeit» sprechen, die nach MARXKORS und MÜLLER-FAHLBUSCH (1976) besonders häufig mit psychiatrischen Auffälligkeiten gekoppelt ist oder sich an «psychosomatische Karrieren» anschließt (RAITH u. EBENBECK, 1986). Eine sehr ausführliche Übersicht über jene Faktoren, welche die Inkorporation von Zahnprothesen beeinflussen, gaben SCHNELLER et al. (1986). Danach sind folgende Faktoren wirksam: Geschlecht (Frauen sind häufiger unzufrieden mit Zahnprothesen), das Alter (wobei vor allem mit typischen Lebensphasen einhergehende Belastungen und deren Bewältigung die Adaptationsfähigkeit beeinflussen), die allgemeine Einstellung zum Zahnersatz, dessen funktionale Eigenschaften, die individuelle Bedeutung der Zähne und des Zahnverlustes, die generelle Bewältigungsfähigkeit von Gesundheitsproblemen, psychisch belastende Lebensereignisse, Persönlichkeitsmerkmale (Angst, Depressivität, Neurotizismus und Rigidität sind besonders ungünstig für die Prognose). In der Untersuchung von SCHNELLER et al. (1986) erwiesen sich zudem die momentane Lebenssituation, die Qualität sozialer Beziehungen und der Arzt-Patient-Beziehung als bedeutsame Prädiktoren für die Zufriedenheit mit einer Zahnprothese. Insgesamt gesehen scheinen also für die Prothesenverträglichkeit jene Faktoren wichtig, deren prognostische Relevanz für die Adaptation an andere Erkrankungen bzw. medizinische Maßnahmen bereits ausgiebig belegt ist.

### 3.7 Spezifische Symptome

In der zahnärztlichen Praxis ist eine ganze Reihe von spezifischen Symptomen relevant, wie z. B. übersteigerter Würgereflex, Brechreiz, Zungenbrennen oder Geschmacksstörungen. Diese Symptome können oftmals Ausdruck von Angst oder Depressivität sein (vgl. MÜLLER-FAHLBUSCH, 1984; RÖSLER u. SZEWCZYK, 1987), mit den oben genannten Problemen verbunden sein (z. B. Ausdruck einer Prothesenunverträglichkeit) oder aber die Qualität eines Konversionssymptoms besitzen (vgl. Kap. II.B).

## 4. Psychotherapeutische Maßnahmen

### 4.1 Bedeutung der Zahnarzt-Patient-Beziehung

Wie in anderen medizinischen Disziplinen auch ist die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung von grundlegender Bedeutung für die Bewältigung psychosomatischer Probleme (vgl. Kap. III.A). In der zahnmedizinischen Ausbildung wird auf diesen Aspekt immer noch zu wenig Wert gelegt, obwohl die positiven Effekte einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung mittlerweile gut belegt sind. Auch die Angst vor der zahnärztlichen Behandlung scheint stark abhängig vom Verhalten und der Persönlichkeit des Zahnarztes (INGERSOLL, 1987). Die Arzt-Patient-Beziehung ist ferner besonders relevant im Zusammenhang mit speziellen Patientengruppen (z. B. Kinder, ältere Menschen, «schwierige Patienten»; vgl. MAGRI u. SCHNELLER, 1985; RAITH u. EBENBECK, 1986; INGERSOLL, 1987; FISCH, 1989). Unter der Bezeichnung «zahnärztliche Psychagogik» haben MÜLLER-FAHLBUSCH und MARXKORS (1981) Kriterien für den «psychologisch richtigen Umgang» mit Patienten beschrieben (z. B. Merkmale der Gesprächsführung; schrittweise und sorgfältige Informationen über folgende Behandlungsschritte, besonders bei ängstlichen Patienten; das richtige Terminieren dieser Behandlungsschritte; die Gestaltung der Behandlungssituation und der Praxisräume usw.). Die Notwendigkeit einer psychosomatischen Kompetenz des Zahnarztes ist heute auch deswegen unumstritten, weil die meisten Patienten, ausgerichtet auf die Therapie somatischer Symptome, wenig Compliance zeigen, wenn eine Überweisung zum Nervenarzt oder Psychotherapeuten indiziert wird (vgl. DEMMEL, 1990). NEUHAUSER (1990) zufolge suchen nur 50 Prozent der durch den Zahnarzt überwiesenen Patienten wirklich einen Psychotherapeuten auf, weitere 50 Prozent davon brechen den Kontakt nach ein bis drei Gesprächen wieder ab. Die psychotherapeutischen Möglichkeiten in der Zahnarztpraxis sind aber verständlicherweise begrenzt (DEMMEL, 1990), weshalb eine Kooperation mit psychosomatischen Einrich-



tungen oder Psychotherapeuten oft unumgänglich bleibt (mögliche Kooperationsmodelle sind bei ERMANN u. NEUHAUSER, 1990, beschrieben).

#### 4.2 Spezifische psychotherapeutische Maßnahmen

Wenngleich es kaum systematische Untersuchungen auf diesem Feld gibt, ist die erfolgreiche Durchführung (tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer) psychotherapeutischer Maßnahmen im Zusammenhang mit den unter 3. beschriebenen Störungen mehrfach beschrieben worden (z. B. FLEISCHER-PETERS u. SCHOLZ, 1985). Für einzelne Probleme werden in der Literatur zudem spezielle therapeutische Maßnahmen empfohlen: Zur Bewältigung der Angst in der zahnärztlichen Behandlungssituation werden neben entspannungsinduzierenden Verfahren und Hypnose insbesondere verhaltenstherapeutische Methoden propagiert (vgl. Kap. III.E, G); MELAMED u. SIEGEL, 1980; RÖSLER u. SZEWCZYK, 1987; INGERSOLL, 1987). Den erfolgreichen Einsatz funktioneller Entspannung beschreiben FLEISCHER-PETERS u. SCHOLZ (1985) auch bei kieferorthopädischen Problemen. Psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Schmerzbewältigung werden ausführlicher bei ERMANN u. NEUHAUSER (1990) dargestellt, psychologische Methoden zur Förderung der Compliance und des präventiven Verhaltens bei MELAMED u. SIEGEL (1980) oder INGERSOLL (1987). Die meisten kontrollierten Psychotherapiestudien liegen für die Behandlung von Parafunktionen, insbesondere des Bruxismus vor (Übersicht bei BISCHOFF u. SEIDEL, 1988). Hier haben sich vor allem Entspannungstraining, Hypnose, operante Interventionsmethoden (Selbstkontrolltechniken, massierte Übung) und der Einsatz von EMG-Biofeedback bewährt.

#### 4.3 Hilfen bei der Erkennung von psychosozialen Einflußfaktoren

Insbesondere durch eine adäquate Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung besitzt der Zahn-

arzt eine Reihe von Möglichkeiten, auf psychosomatische Faktoren einzugehen und z. B. Problempatienten frühzeitig zu erkennen. In der Literatur finden sich zudem spezifische Vorschläge, wie sich die psychosoziale Bedingtheit von einzelnen Symptomen besser abschätzen läßt. Zu nennen sind hier vor allem die Kriterien, die MÜLLER-FAHLBUSCH (1984) formulierte (vgl. Tab. 2). Zu Recht wurden von einigen Autoren Erweiterungen dieser Kriterien vorgeschlagen; so empfehlen RÖSLER u. SZEWCZYK (1987), die Lebensgeschichte des Patienten genauer abzufragen, seine oder ihre bisherigen Erfahrungen mit der Verarbeitung von Konflikten und Krankheiten (inkl. den möglichen sekundären Krankheitsgewinn) und einen Vergleich der Beschwerdeschilderung und objektiver Beschwerden vorzunehmen. Eine Orientierung an derartigen Schemata kann sicherlich nur einen Anhalt geben und unter Umständen zur Auswahl jener Patienten beitragen, die im Zweifelsfall an einen psychotherapeutisch geschulten Spezialisten überwiesen werden sollten.

*Tabelle 2: Kriterien zur Abschätzung psychosozialer Bedingtheit von zahnmedizinischen Problemen. (Nach MÜLLER-FAHLBUSCH, 1984).*

1. Auffällige Diskrepanz zwischen Befund und Befinden.
2. Auffällige (und ungewöhnliche) Fluktuation der Beschwerden.
3. Erfolglosigkeit von Maßnahmen, die üblicherweise helfen (Diagnose ex non iuvantibus).
4. Mitbeteiligung der Persönlichkeit (i. e. «Verbindung» der Person mit ihren Beschwerden).
5. Koinzidenz und Konkordanz des Beginns bzw. Verlaufs der Beschwerden mit biographischen bzw. aktuellen Belastungen.

#### 4.4 Hilfen für den Zahnarzt

Eine Reihe von Untersuchungen der letzten Zeit haben gezeigt, daß die Zahnärzte selbst von psychosozialen Problemen berichten, die mit speziellen beruflichen Belastungen verknüpft sind. Den Untersuchungen von INGERSOLL (1987) oder HUPPMANN und WINDELS (1990) zufolge stehen dabei allge-

meine Kommunikationsprobleme mit den Patienten, die Patientencompliance, der Umgang mit Kindern und ängstlichen Patienten mit an der ersten Stelle. Viele Ärzte äußerten den Wunsch nach psychologischer Unterstützung. Es sollte deshalb nicht unerwähnt bleiben, daß für den Zahnarzt eine Reihe von Möglichkeiten zur Verfügung steht, seine psychosoziale Kompetenz zu erweitern und die eigene Belastung, die durch «Praxisstreß» und den Umgang mit teilweise schwierigen Patienten entsteht, zu reduzieren. Die Möglichkeit der Teilnahme an BALINT-Gruppen (vgl. Kap. III.B) sei hier explizit genannt.

## Literatur

- BECK D: Das Koryphäenkiller-Syndrom. Dtsch Med Wschr 102, 303–308, 1977
- BISCHOFF C, SEIDEL I: Behandlung von diurnalem Bruxismus mit EMG-Biofeedback im Feld. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2, 101–111, 1988
- DEMMELE HJ: Psychotherapeutische Möglichkeiten in der zahnärztlichen Praxis. In ERMANN M, NEUHAUSER W (Hrsg.) Der orofaziale Schmerz, S. 51. Quintessenz, Berlin 1990
- EGLER UT: Zusammenarbeit zwischen Zahnmedizin und Psychosomatik – Nutzen und Schwierigkeiten aus der Sicht des Psychosomatikers. In ERMANN M, NEUHAUSER W (Hrsg.) Der orofaziale Schmerz, S. 13. Quintessenz, Berlin 1990
- ERMANN M, NEUHAUSER W (Hrsg.): Der orofaziale Schmerz. Quintessenz, Berlin 1990
- FISCH M: Psychologische und psychosomatische Aspekte in der Zahnmedizin. In LUBAN-PLOZZA B, PÖLDINGER W, KRÖGER F (Hrsg.) Der psychosomatisch Kranke in der Praxis, S. 133. Springer, Heidelberg 1989
- FLEISCHER-PETERS A, SCHOLZ U: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie. Hanser, München 1985
- HABERMAS T, ROSEMEIER HP: Auf dem Wege zu einer zahnmedizinischen Psychologie. Jahrb Med Psychol 1, 247–260, 1988
- HUPPMANN G, WINDELS K: Psychosoziale Probleme in der Zahnarztpraxis. Mensch Med Gesellsch 15, 165–169, 1990
- INGERSOLL BD: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin 1987
- LAMPRECHT F, DEMMELE HJ, RIEHL A: Psychosomatische Befunde bei orofacialem Schmerz dysfunktionssyndrom. Z Psychosom Med Psychoanal 32, 382–393, 1986
- MAGRI F, SCHNELLER T: Psychologische Maßnahmen in der Zahnheilkunde. In BASLER HD, FLORIN I (Hrsg.) Klinische Psychologie und körperliche Krankheit, S. 248. Kohlhammer, Stuttgart 1985
- MARXKORS R, MÜLLER-FAHLBUSCH H: Psychogene Prothesenunverträglichkeit. Hanser, München 1976
- MELAMED BG, SIEGEL LJ: Psychological treatment in dental patients. In MELAMED BG, SIEGEL LJ: Behavioral medicine, p. 274. Springer, New York 1980
- MÜLLER-FAHLBUSCH H: Psychosomatik in der Zahnheilkunde. In Praxis der Zahnheilkunde, S. 1. Urban & Schwarzenberg, München 1984
- MÜLLER-FAHLBUSCH H, MARXKORS R: Zahnärztliche Psychagogik. Hanser, München 1981
- NEUHAUSER W: Probleme der Diagnostik, Überweisung und Behandlungseinleitung aus zahnärztlicher Sicht. In ERMANN M, NEUHAUSER W (Hrsg.) Der orofaziale Schmerz, S. 19. Quintessenz, Berlin 1990
- RAITH E, EBENBECK G: Psychologie für die zahnärztliche Praxis. Thieme, Stuttgart 1986
- RIZZARDO R, BORGHERINI G, CAPPELLETTI L: Illness behaviour and anxiety in dental patients. J Psychosom Res 35, 431–435, 1991
- RÖSLER HD, SZEWCZYK H: Spezielle medizinische Psychologie für die Stomatologie. In RÖSLER HD, SZEWCZYK H (Hrsg.) Medizinische Psychologie – ein Lehrbuch, S. 298. Verlag Volk und Wissen, Berlin 1987
- RUGH JD, ROBBINS JW: Orale Gewohnheiten. In INGERSOLL BD (Hrsg.) Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde, S. 175. Quintessenz, Berlin 1987
- SCHICKE RK: Sozialmedizinische Aspekte der Zahnheilkunde. Schattauer, Stuttgart 1984
- SCHNELLER T, BAUER R, MICHEELIS W: Psychologische Aspekte bei der zahnprothetischen Versorgung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1986
- WINNBERG G, FORBERGER E: Psychologie in der Zahnarztpraxis. Hüthig, Heidelberg 1983

# A. Konsiliar- und Liaisontätigkeit

REINHARD LIEDTKE, HANS-WERNER KÜNSEBECK

## 1. Begriffsbestimmung

Unter dem Begriff des psychosomatischen *Konsiliardienstes* werden die psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Leistungen zusammengefaßt, die der Psychosomatiker auf Anforderung gegenüber stationären Patienten anderer klinisch-medizinischer Bereiche erbringt. Demgegenüber bezeichnet der Begriff *Liaisondienst* die kontinuierliche Kooperation zwischen der Psychosomatik und den anderen klinischen Abteilungen, wobei – jedenfalls in der Zielsetzung – meistens der arzt- oder teamzentrierte Arbeitsansatz dem patientenzentrierten Vorgehen vorgezogen wird (KÖHLE u. JORASCHKY, 1990). Unter günstigen Voraussetzungen ist der Psychosomatiker fest in das Team einer Station oder einer Ambulanz eingebunden. Neben seinen Aufgaben in der psychosozialen Krankenversorgung trägt er Sorge für die psychosomatische Weiterbildung der Ärzte-Schwestern-Pfleger-Gruppe (s. PONTZEN, 1988).

Im Vergleich zur «klassischen» Konsultations-Funktion stellen die – allerdings zeit- und personalintensiven – Liaison-Aktivitäten das effektivere Modell dar, wenn ein deutlich verstärkter Einfluß psychosomatischen Denkens in den klinischen Fächern mit entsprechender Kompetenzsteigerung ihrer Mitarbeiter angestrebt wird. Wegen der sehr begrenzten personellen Ressourcen der meisten Psychosomatik-Abteilungen ist das Liaisonmodell an den wenigsten Universitäten dauerhaft eta-

bliert. Ein psychosomatisch/psychotherapeutischer Konsiliardienst ist hingegen inzwischen an den meisten bundesrepublikanischen Hochschulkliniken realisiert. Auch in der außeruniversitären Versorgung dominiert das Konsiliarmodell; es gibt bisher jedoch nur wenige psychosomatische Abteilungen an nichtuniversitären Allgemeinen Krankenhäusern (HERZOG u. HARTMANN, 1990; HAAG et al., 1992). Dennoch, so resümiert VON UEXKÜLL (1992) in einer Bestandsaufnahme integrierter psychosomatischer Modelle, beginnt sich der Gedanke einer integrierten psychosomatischen Betreuung kranker Menschen durchzusetzen, allen Widerständen und Schwierigkeiten zum Trotz.

## 2. Bedarfsuntersuchungen

Die Frage nach dem genauen Bedarf an diagnostischen und therapeutischen Leistungen des psychosomatischen Konsiliar-/Liaisondienstes ist an die Frage nach der Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten gebunden. Am Beispiel der Medizinischen Hochschule Hannover soll die Prävalenz neurotischer bzw. psychosomatischer Symptome bei Krankenhauspatienten dargestellt werden (KÜNSEBECK et al., 1984).

Innerhalb von drei Wochen wurden auf folgenden Stationen der Medizinischen Hochschule Hannover alle Patienten im Alter von 15 bis 65 Jahren untersucht: drei Stationen der Medizinischen Klinik sowie

je zwei Stationen der Klinik für Abdominal- und Transplantations-Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Orthopädie. Die Befragung fand zwischen dem 3. und 15. stationären Behandlungstag der Patienten statt. Schwerst- kranke wurden nicht befragt. 322 Patienten nahmen an der Untersuchung teil, entsprechend 78 Prozent der während dieser Zeit insgesamt auf den einbezogenen Stationen behandelten Patienten.

Ausgehend von einer faktorenanalytisch gewonnenen Skalenauswahl aus standardisierten Fragebogen wurde ein Patient dann als Fall («psychisch auffällig») definiert, wenn er mindestens in 2 Skalen eines Störungsbereiches Werte oberhalb der Grenzwerte aufwies. Auf der Basis der cut-off-Werte wurde für die Gesamtstichprobe ein Anteil von 20,5 Prozent Patienten mit *depressiven Symptomen* ermittelt. Der Anteil der Patienten mit gravierenden *sozialen Ängsten* lag bei 25,5 Prozent. Bei 9,4 Prozent der Patienten waren sowohl starke Depressionen als auch starke soziale Ängste vorhanden, so daß bei einer Zusammenfassung beider Störungsbereiche der Anteil der psychisch beeinträchtigten Patienten bei 36,6 Prozent lag. Unter Zugrundelegung eines 5 Prozent-Vertrauensintervalles wurden in der Gesamtstichprobe 31,4 bis 42 Prozent Patienten mit gravierenden psychischen Beeinträchtigungen gefunden, die zumindest einer vertieften Psychodiagnostik bedürfen, wenn nicht gar einer psychotherapeutischen Versorgung zugeführt werden müßten.

Zwischenzeitlich haben STUHR und HAAG (1989) Ergebnisse einer Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs vorgelegt. Sie untersuchten eine Zufallsstichprobe von Patienten auf Inneren Stationen mit einem halbstandardisierten Interview und verschiedenen Fragebogen. Patienten über 80 Jahre, Alkoholiker und Suizidpatienten wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen. Bei 38,4 Prozent, also im mittleren Bereich der Hannoveraner Prävalenzstudie gelegen, wurde aufgrund der Evaluation des Interviews eine *psychosomatische Genese* der zur Einweisung führenden Erkrankung angenommen, wobei unter den ursprünglichen Einweisungsdiagnosen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und der Verdauungsorgane die ersten beiden Positionen einnahmen. Die auf Band aufgenommenen Interviews wurden jeweils von drei unabhängigen Ratern eingeschätzt. Die Beurteilung «psychosomatisch erkrankt» hing statistisch abgesichert vor allem davon ab, daß eine eingegrenzte *psychosoziale Auslösesituation* für die Erkrankung vorhanden war, daß der Patient selbst psychische und/oder soziale Zusammenhänge sah, daß die Erkrankung mit einem deutlichen sekundären Krankheitsgewinn verbunden war und daß gehäuft frühe psychische oder/und soziale Belastungen vorlagen und die Auslösesituation häufiger eine Neuauflage eines früheren Traumas war. Die Validierung der Interviewergebnisse durch einen

Fragebogen zur Laienätiologie und *Behandlungserwartung* der Patienten zeigte, daß vorrangig schwer zu überwindende Ängste, Selbstwertprobleme, Überbeanspruchung sowie familiäre und partnerschaftliche Probleme mit der Interviewbeurteilung korrespondierten. Ein vom Patienten selbst ausgefüllter Lebensereignis-Fragebogen, der sich auf die letzten zwei Jahre bezog, diente darüber hinaus der Validierung. Die als psychosomatisch erkrankt identifizierten Patienten wiesen signifikant mehr *belastende Lebensereignisse* auf als die aufgrund des Interviews als unauffällig geltenden Patienten. Statistisch bedeutsam ging dieses Ergebnis vor allem auf folgende Lebensereignisse zurück: Auseinandersetzungen in der Familie, finanzielle Schwierigkeiten, Kündigung und Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Die internistischen Kollegen kamen in den Arztbriefen nach Abschluß ihrer Behandlung bei 20,5 Prozent der im Rahmen dieser Prävalenzstudie als psychosomatisch erkrankt eingestuften Patienten selbst zu einer psychiatrischen Diagnose. Die in dem schon erwähnten Fragebogen erhobenen Behandlungswünsche der Patienten, die mit der Intervieweinschätzung korrelierten, spiegelten ein großes Bedürfnis nach Hilfe wider, die über eine rein medizinische Behandlung im Krankenhaus hinausgeht. Vorrangig wurden psychische Ermutigung bei der Überwindung zwischenmenschlicher Probleme, insbesondere auch bei Einsamkeit, und die Stabilisierung eines geringen Selbstwertgefühls gewünscht (vgl. SCHMELING-KLUDAS u. ODENSASS, 1994). Die *Motivation*, sich mit den psychologischen Implikationen ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen, wurde aufgrund der Interviewangaben bei knapp einem Drittel der als psychosomatisch bezeichneten Patienten als positiv beurteilt. Allerdings, so fanden HAAG und STUHR (1989) weiter heraus, nimmt die Motivation ab, je länger die Krankheit dauert. Statistisch abgesichert ergab sich, daß die psychosomatischen Patienten nur bei einer Krankheitsdauer bis zu 5 Jahren bereit sind, sich ihren psychologischen Problemen zu stellen.

Der Begriff «*psychosomatischer Patient*» ist in diesem Kontext nicht auf bestimmte Krankheitsbilder beschränkt. Wie auch in der Hamburger Prävalenzstudie expliziert, ist es sinnvoller, das Modell der «Ergänzungsreihe» für das Verständnis der Ätiologie von Krankheiten heranzuziehen. Auf der einen Seite dieses Spektrums sind solche Krankheiten anzusiedeln, bei denen eindeutig biologische bzw. organische Faktoren das Bild bestimmen, wie z. B. bei angeborenen Zystennieren, das andere Extrem stellen solche dar, die rein psychogenen Ursprungs sind, wie z. B. eine hysterische Lähmung. Zwischen diesen beiden Polen

breitet sich das weite Feld unterschiedlichster Krankheitsphänomene aus, in denen die fallenden Intensitäten des einen Faktors durch die steigenden des anderen ausgeglichen werden, formulieren – FREUD zitierend – STUHR und HAAG (1989). Das schon von FREUD Anfang des Jahrhunderts aufgegriffene Modell der Ergänzungsreihe entspricht im Kern unserem heutigen Verständnis von Krankheit als multifaktorielles Geschehen und ist noch um den Begriff der sekundären psychosomatischen bzw. psychischen Störungen bei primär organischen Erkrankungen zu erweitern, wenn das mögliche Tätigkeitsfeld der psychosomatischen bzw. psychosozialen Krankenversorgung umfassend beschrieben werden soll. Zystennieren werden beispielsweise Ursache einer chronischen Niereninsuffizienz, aus der sich die Indikation zur Langzeithämodialyse ergibt, welche wiederum psychologische Probleme bei der Anpassung an das Dialyseschicksal aufwirft und zu sekundären psychischen bzw. psychosomatischen Störungen führen kann.

Psychosomatische Kompetenz kann, wie der Chirurg HONTSCHIK (1987) aufzeigt, auch bei der *Operationsentscheidung zur Appendektomie* gefragt sein. Unter Einbeziehung der Daten von über 500 Appendektomien der eigenen Klinik stellt HONTSCHIK fest, daß die auf der Annahme einer «chronischen» Appendizitis beruhenden Fehldiagnosen in auffälliger Weise weibliche Patienten betreffen, unter diesen fast ausschließlich Mädchen bzw. Frauen im Alter von 13 bis 25 Jahren. So entsteht die Paradoxie, daß die Appendizitis eine eher beim männlichen Geschlecht vorkommende Erkrankung ist, die Appendektomie hingegen eine eher beim weiblichen Geschlecht durchgeführte Operation darstellt. Die den fehlindizierten Appendektomien zugrundeliegenden Bauchschmerzen der jungen Patientinnen können nach HONTSCHIK als Ausdruck psychosexueller und psychosozialer Konflikte im Adoleszentenalter, des Aufnehmens eigener Liebes- und Geschlechtsbeziehungen und des Ablösens von der Familie verstanden werden (Montagsgipfel der stationären Aufnahme nach Problemen am Wochenende). Im Setting der klinischen Untersuchung solcher Patientinnen stelle sich die innerseelische und innerfamiliäre Konfliktkonstellation wie eine unbewußte Wiederholung wieder her, wodurch – vor dem Hintergrund der Schwierigkeit und Unsicherheit der klinischen Diagnose – die junge, mit Schuldgefühlen belastete Patientin, deren Mutter als oft treibende Kraft auf dem Weg zum Eingriff und der junge männliche Chirurg, möglicherweise mit einem überhöhten

Selbstbild, in einen aggressiven und für alle Beteiligten unbefriedigenden affektiven Sog geraten: Die Appendix wird Ausweichorgan. Der Autor fordert u. a. ein Trainingsprogramm für die Ärzte der Klinik, das in Zusammenarbeit mit den Hausärzten der biographischen Problematik der Patientinnen angemessenere Verstehens-, Verhaltens- und Reaktionsmöglichkeiten eröffnen soll.

### 3. Inanspruchnahme

Der ermittelte Anteil von 36,6 Prozent psychisch gravierend beeinträchtigter Patienten in der Hannoveraner Studie und das Ergebnis von 38,4 Prozent psychosomatisch erkrankten Patienten in der Hamburger Studie mit – schon im Erstgespräch – positiver Psychotherapiemotivation bei etwa einem Drittel der Patienten sowie der mit zunehmender Krankheitsdauer zu konstatierende Motivationsabfall lassen auf einen entsprechend hohen Bedarf an psychodiagnostisch-psychotherapeutischen Leistungen im Krankenhaus schließen. Untersuchungen über die Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliar-/Liaisondienste zeigen jedoch, daß die Beratungsfrequenz generell unter dem veranschlagten Bedarf liegt. Übereinstimmend werden für die Inanspruchnahme 0,5 bis 10 Prozent der stationär behandelten Patienten berichtet. Gründe für diese Diskrepanz liegen zum einen in der personellen Ausstattung und therapeutischen Ausrichtung der psychosomatischen Abteilungen, zum anderen in der Kooperationsbereitschaft der zuweisenden Ärzte. Von einer wirklich integrierten Psychosomatik kann auch in diesem Bereich der Krankenversorgung nicht die Rede sein. Die Konsiliaranforderungen nehmen allerdings bei Bekanntheit des psychosomatischen Konsiliarius, gemeinsamen Forschungsinteressen und im Falle eines stationsnahen Liaisondienstes zu (KÖHLE u. JORASCHKY, 1990; RIEHL et al., 1985; WIRSCHING u. HERZOG, 1989).

### 4. Therapeuten, Patienten und Therapie

Die Frage, welche Kompetenz die unterschiedlichen Formen der konsiliarischen Ko-

operation mit den somatischen Fächern erforderlich, ist weitgehend ungeklärt. Eine breitere Diskussion hierüber hat hierzulande erst eingesetzt (WIRSCHING u. HERZOG, 1989). Wie sonst in der Medizin werden Fachärzte, erfahrene ärztliche Psychotherapeuten sowie Psychologen, aber auch Berufsanfänger und studentische Hilfstherapeuten eingesetzt. Therapeutisch aktivere Konsiliardienste stehen eher diagnostisch orientierten mit häufigeren Therapieempfehlungen bei niedergelassenen Psychotherapeuten oder in psychosomatischen Fachkliniken gegenüber.

Der psychosomatische Konsiliarius wird mit einem breiten Spektrum von organischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen konfrontiert. So litten beispielsweise von den 1987 an der Abteilung Psychosomatik der Medizinischen Hochschule Hannover untersuchten und behandelten 223 Konsiliarpatienten etwa 50 Prozent an chronifizierten nicht-psychosomatischen Erkrankungen (wie chronische Pankreatitis, Tumorleiden, Unfallverletzungen und Leber-/Herzerkrankungen mit Transplantationsindikation), 25 Prozent an chronifizierten Psychosomatosen (wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale, Anorexia nervosa und artifizielle körperliche Störungen) und weitere 25 Prozent an funktionellen bzw. neurotischen Störungen (wie Reizmagen-/Reizdarmsyndrom und neurotische Depression mit körperlicher Begleitsymptomatik).

Schon die Kontaktaufnahme zu diesen oft wenig zu psychotherapeutischen Gesprächen motivierten Patienten gestaltet sich nicht einfach, erfordert ein aktives Vorgehen und beinhaltet immer wieder beharrliche *Motivationsarbeit* im Rahmen der meist initial als supportiv zu kennzeichnenden Psychotherapie (s. LEMPA et al., 1985; vgl. Kap. III.F).

Mit knapp 75 Prozent unserer vorstehend genannten Konsiliarpatienten wurden 3 und mehr Gespräche geführt. Aus diesen resultierte bei etwa 56 Prozent eine Therapieempfehlung für eine (meist) konfliktbearbeitende (seltener verhaltenstherapeutische) stationäre oder ambulante Psychotherapie inner- oder außerhalb unserer Abteilung und bei 17 Prozent eine Fortsetzung der supportiven Psychotherapie. Bei 27 Prozent ließ sich keine Psychotherapieindikation stellen.

Die Konsultationen werden in erster Linie von den Ärzten der medizinischen Stationen erbeten. Die häufigsten Gründe für eine psychosomatische Konsultation stellen diagnostische Fragestellungen (z.B. Verdacht auf eine sogenannte Somatisierungsstörung) und Be-

ratungen über den Umgang mit dem Patienten («Problempatienten») sowie Beratungen oder Behandlungen der Patienten mit emotionalen Problemen in der Krankheitsverarbeitung (z. B. Depression bzw. Anpassungsstörung bei chronischer Krankheit oder Malignom) dar. Im Gegensatz zu Patienten mit niedriger Compliance oder einem sonst dem Stationsablauf zuwiderlaufenden Verhalten, die dem Stationsarzt und dem Krankenpflegepersonal zum Problem werden können, wird der introvertierte, depressiv-zurückgezogene, aber anpassungsbereite Patient eher nicht dem psychosomatischen Konsiliarius vorgestellt. Letzteres Persönlichkeitsmuster ist jedoch nicht selten unter den psychosomatisch Kranken im engeren Sinne (z.B. Patienten mit Colitis ulcerosa) zu finden, so daß gerade hier ein Hinterfragen, auch der «Unauffälligkeit», zur Abklärung des psychosomatischen Anteils am Krankheitsgeschehen angebracht wäre (vgl. KÖHLE u. JORASCHKY, 1990).

Vor dem diagnostischen Interview mit dem Patienten sollte ein (telefonisches) Gespräch mit dem konsilanfordernden Arzt geführt werden, um zusätzliche Vorinformationen über den Patienten zu erhalten und die Erwartungen an das Konsil abzuklären, da die schriftliche Anforderung (z. B. «Depression bei Morbus Crohn») oft knapp gehalten ist. Zur Informationsgewinnung können selbstverständlich auch das Krankenpflegepersonal und Familienangehörige herangezogen werden. Das psychosomatische Interview soll einerseits Antworten auf umschriebene Fragen geben, muß aber andererseits dem Patienten Raum und Gelegenheit für spontane Äußerungen lassen, um sein Verständnis und Erleben der Krankheit erfassen zu können. Das Ergebnis ist zusammen mit der Empfehlung schriftlich mitzuteilen, ein langatmiger Bericht im Fachjargon mit einer Fülle psychodynamischer Spekulationen ist zu vermeiden (LIPOWSKI, 1989). Der Bericht muß auf das jeweilige Problem fokussiert sein und sollte nach Möglichkeit immer durch eine Nachbesprechung mit dem konsilanfordernden Arzt ergänzt werden.

Bei der Therapie steht oft die Bearbeitung aktueller Probleme (z.B. Reaktion auf die Mitteilung der Diagnose einer unheilbaren

Krankheit) im Sinne einer Krisenintervention im Vordergrund. Die supportive Psychotherapie chronisch Kranker (s. Kap. III.F) ist vor allem bei jenen Patienten angezeigt, bei denen u. a. aufgrund einer verminderten Frustrationstoleranz, begrenzter selbstreflektischer und introspektiver Fähigkeiten und gesteigerter Abhängigkeitsbedürfnisse eine aufdeckende Psychotherapie noch nicht oder nicht mehr in Frage kommt.

## 5. Effektivitätsuntersuchungen

Nur wenige Arbeiten liegen zur Effektivität konsiliarischer Tätigkeit vor (HAAG u. STUHR, 1992; KÖHLE u. JORASCHKY, 1990). Im anglo-amerikanischen Sprachbereich wird häufig über eine Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer als Beleg für erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen berichtet. So hat beispielsweise nach einer Studie von LEVITAN und KORNFIELD (1981; vgl. STRAIN et al., 1991) die liaison-psychiatrische Mitarbeit bei der postoperativen Nachsorge von älteren Patientinnen mit Schenkelhalsfrakturen zu einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer um 12 Tage geführt und dazu beigetragen, daß doppelt so viele Patientinnen wie in der Vergleichsgruppe nach Hause entlassen werden konnten und nicht in ein Pflegeheim mußten.

Nach einer Studie von JORDAN et al. (1989) bewirkten bereits wenige konsiliarische Gespräche trotz prognostisch ungünstiger Selektion der zugewiesenen Patienten eine wichtige Weichenstellung. In der katanestischen Befragung gaben 4/5 der Patienten deutlich weniger Beschwerden als zur Zeit der Konsiliargespräche an. 55,3 Prozent der Patienten, die einen Therapieversuch erhielten, folgten diesem auch, womit eine hohe Compliance-Rate erzielt werden konnte (vgl. RIEHL et al., 1985). STRAUSS et al. (1991 a,b) ließen die ambulanten Kontakte (maximal drei Gespräche) mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz rückblickend durch die Patienten bewerten. Patienten, die sich der Befragung entzogen, waren u. a. dadurch gekennzeichnet, daß sie eher unspezifische Empfehlungen (z. B. Wiedervorstellung bei Bedarf) erhielten und eher aus Kliniken überwiesen waren. Die Bewertung der Gespräche war insgesamt gesehen nicht sonderlich positiv. Unter anderem kritisierten viele Patienten die passive Haltung des Therapeuten und einen Mangel an konkreten Rat-

schlägen. Die Compliance-Rate betrug in der Stichprobe 49 Prozent. Wenn Einzeltherapien empfohlen wurden, war die Rate besonders hoch. Im Hinblick auf die aktuelle Situation bei der Nachbefragung zeigte sich, daß die Patienten durchschnittlich ihre Beschwerden als etwas geringer ausgeprägt und ihre Lebenszufriedenheit als etwas höher einschätzten als zum Zeitpunkt des Gespräches.

Ausgehend von den Ergebnissen der Hannoveraner Prävalenzstudie, war es das Ziel einer kontrollierten Studie (LEMPA et al., 1985), die kurzfristigen Effekte einer ergänzenden supportiven Psychotherapie bei hospitalisierten Patienten zu überprüfen. Eine Zufallsstichprobe von 38 ausschließlich somatisch behandelten Patienten wurde mit 42 ergänzend supportiv-psychotherapeutisch betreuten Patienten verglichen, die von Stationsärzten zur konsiliarischen Mitbehandlung zugeleitet worden waren. Die überwiesenen Patienten waren testpsychologisch signifikant ängstlicher und depressiver und zeichneten sich durch ein geringeres Wohlbefinden als die Vergleichsgruppe der anderen stationären Patienten aus. Die nach dem Konzept der supportiven Psychotherapie mit oberflächlicher Konfrontations- und Deutungsarbeit durchgeführten Gespräche bewirkten innerhalb von acht Tagen eine signifikante Reduktion von Ängstlichkeit und Depression sowie eine Zunahme des Wohlbefindens. Mit dieser psychischen Stabilisierung der Patienten ist ein wichtiger Beitrag zur Krankheitsbewältigung geleistet worden. Ausgedehntere depressive Reaktionen werden beispielsweise als ungünstig für den Adaptationsprozeß angesehen (FLORIN, 1985).

Wie diese Therapiestudie zeigte, können bereits wenige psychotherapeutische Gespräche zu beachtlichen Befindlichkeitsverbesserungen während des Krankenhausaufenthaltes beitragen. In einer anderen Effektivitätsuntersuchung (KÜNSEBECK et al., 1987), auf die noch unter der Frage der Langzeitwirkung eingegangen werden soll, erhielten die Patienten der Therapiegruppe während ihrer stationär-internistischen Behandlung durchschnittlich 22 stützende Psychotherapie-Gespräche. Es handelte sich um 15 Patienten mit Morbus Crohn, die mit einer Gruppe von 14 Crohn-Patienten derselben gastroenterologischen Station verglichen wurden, von denen sie sich initial hinsichtlich verschiedener soziodemographischer, somatischer und psychologischer Parameter nicht unterschieden. Die Aufteilung der Patienten auf die Therapie- und Kontrollgruppe erfolgte nach einem Zeitintervallplan. Die medikamentöse Behandlung sowie die Ernährungsbehandlung wurde in beiden Gruppen nach den gleichen Grundsätzen durchgeführt.

Depressivität und Angst blieben bei den Patienten mit ergänzender Psychotherapie auch über die Entlassung hinaus bis zum zweiten Follow-up-Zeitpunkt – 13 Monate nach internistisch-stationärem Behandlungsbeginn – im Gegensatz zur Kontrollgruppe auf niedrigem Niveau. Für die somatischen Parameter zeigte sich bei dem auf Labor- und klinischen Befunden

basierenden Aktivitätsindex nach VAN HEES in Therapie- und Kontrollgruppe ein ähnlicher Verlauf, wobei in der Therapiegruppe eine signifikant stärkere Reduktion des Index zur Zeit der Entlassung und zum ersten Follow-up-Zeitpunkt – vier Monate nach Klinikaufnahme – auftrat. Zum Zeitpunkt der zweiten Follow-up-Untersuchung lagen die Werte der Patienten von Therapie- und Kontrollgruppe wieder auf etwa gleichem Niveau. Allerdings waren die Patienten der Psychotherapiegruppe im Follow-up-Zeitraum signifikant weniger wegen eines Rezidivs oder einer Symptomverstärkung stationär im Krankenhaus behandelt worden und suchten auch seltener einen Arzt auf. Kein Patient der Therapie-, jedoch drei Patienten der Kontrollgruppe mußten operiert werden.

Die durchgeführte Psychotherapie in Kombination mit medikamentöser Behandlung scheint nach den Ergebnissen dieser Pilot-Studie einen Beitrag zur wirksamen Beeinflussung des Morbus Crohn leisten zu können, auch wenn für eine abschließende Beurteilung der betrachtete Untersuchungszeitraum zu kurz und die Patientenstichprobe klein ist. Einschränkend ist auch anzumerken, daß sechs Patienten der Psychotherapiegruppe im Nachuntersuchungszeitraum noch an einer stationäre Gruppenpsychotherapie in der Psychosomatischen Abteilung teilnahmen und zwei weitere in einer auswärtigen psychosomatischen Klinik behandelt wurden.

DETER (1986) überprüfte die Wirksamkeit einer krankheitsorientierten Gruppenbehandlung bei vormals stationären Asthmapatienten. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte sich nach einem Jahr bei der Behandlungsgruppe u. a. eine Verringerung der schweren Asthmaanfälle, eine häufigere Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage und eine Besserung in einem vor Behandlungsbeginn als individuelles Therapieziel definierten Konfliktbereich. FRIEDMAN et al. (1984) vermochten aufzuzeigen, daß es durch psychosoziale Beeinflussung des sogenannten Typ A-Verhaltens (vgl. Kap. IV.A.3) möglich ist, die Re-Infarktrate nach einem Herzinfarkt signifikant zu senken.

## 6. Zusammenfassung und Schlußbemerkung

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die referierten Prävalenzstudien und bisherigen

Effektivitätsuntersuchungen den Bedarf und die Möglichkeit psychosomatischer Versorgung nachdrücklich herausstellen, wobei fraglos weitere kontrollierte Wirksamkeitsstudien notwendig sind. Die deutlich unter dem veranschlagten Bedarf liegende Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliar-/Liaisondienste markiert eine Grenze, die schon allein deswegen nicht akzeptiert werden kann, da deutlich mehr Patienten bereits von sich aus zu einem psychotherapeutischen Gespräch motiviert sind, wie auch die Hamburger Bedarfsstudie zeigte. Die Aufschließbarkeit der Patienten für Psychotherapie ist weiter zu erhöhen, wenn der «Somatiker» früh genug den Psychosomatiker einbezieht, und beide, jeder für sich und auch gemeinsam, so mit den Patienten umzugehen verstehen, daß diese sich nicht weiter hinter ihre körperlichen Beschwerden in Unmotiviertheit zurückziehen brauchen.

## Literatur

- DETER HC: Psychosomatische Behandlung des Asthma bronchiale. Springer, Berlin 1986
- FLORIN A: Bewältigungsverhalten und Krankheit. In BASLER HD, FLORIN I (Hrsg.) Klinische Psychologie und körperliche Krankheit, S. 126, Kohlhammer, Stuttgart 1985
- FRIEDMAN M, THORESEN CE, GILL JJ, POWELL LH, ULMER D, THOMPSON L, PRICE VA, RABIN DD, BREALL WS, DIXON T, LEVY R, BOURG E: Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *Am Heart J* 108, 237–248, 1984
- HAAG A, STUHR U: Über den Nutzen integrierter Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. In ADLER R, BERTRAM W, HAAG A, HERRMANN JM, KÖHLE K, VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, 2. Aufl., S. 43, Schattauer, Stuttgart 1992
- HAAG A, PONTZEN W, WIRSCHING M: Psychosomatik am Allgemeinen Krankenhaus: Seit langem gefordert, kaum realisiert. *Dt Ärzteblatt* 89, 2171–2172, 1992
- HERZOG T, HARTMANN A: Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. *Nervenarzt* 61, 281–293, 1990



- HONTSCHIK B: Theorie und Praxis der Appendektomie. Pahl-Rugenstein, Köln 1987
- JORDAN J, SAPPER H, SCHIMKE H, SCHULZ W: Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. *Psychother Med Psychol* 39, 127–134, 1989
- KÖHLE K, JORASCHKY P: Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONECKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIACK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 415, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- KÜNSEBECK HW, LEMPA W, FREYBERGER H: Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten. *Dt Med Wschr* 109, 1438–1442, 1984
- KÜNSEBECK HW, LEMPA W, FREYBERGER H: Kurz- und Langzeiteffekte ergänzender Psychotherapie bei Patienten mit Morbus Crohn. In LAMPRECHT F (Hrsg.) *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie*, S. 253, Springer, Berlin 1987
- LEMPA W, POETS C, ARNOLD MA, BUHL R, NORDMEYER J, LIEDTKE R, FREYBERGER H: Zur Effektivität der supportiven Psychotherapie bei hospitalisierten Patienten: Empirische Belege und praxisbezogene Konsequenzen. *Psychother Med Psychol* 35, 315–319, 1985
- LEVITAN SJ, KORNFELD DS: Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry* 138, 790–793, 1981
- LIPOWSKI ZJ: Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in Nordamerika in den 80er Jahren. *Psychother Med Psychol* 39, 337–341, 1989
- PONTZEN W: Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus – Aufgaben und Perspektiven. In BRÄUTIGAM W (Hrsg.) *Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin*, S. 72, Springer, Heidelberg 1988
- RIEHL A, DIEDERISCHS P, BERNHARD P, LAMPRECHT F, STUDDT HH: Psychosomatische Konsiliartätigkeit in einem Großklinikum: Probleme der Integration und Patienten-Compliance. *Psychother Med Psychol* 35, 183–188, 1985
- SCHMELING-KLUDAS C, ODENSASS C: Psychosomatik im allgemeinen Krankenhaus: Problemspektrum bei einer Zufallsstichprobe von 100 internistischen Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44, 372–381, 1994
- STRAIN JJ, LYONS JS, HAMMER JS, FAHS M, LEOVITS A, PADDISON PL: Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 148, 1044–1049, 1991
- STRAUSS B, SPEIDEL H, SEIFERT A, PROBST P: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. I. Rückblickende Bewertung durch die Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 43–52, 1991 a
- STRAUSS B, SPEIDEL H, PROBST P, SEIFERT A: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. II. Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 53–60, 1991 b
- STUHR U, HAAG A: Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychother Med Psychol* 39, 273–281, 1989
- VON UEXKÜLL Th: Was ist und was will «Integrierte Psychosomatische Medizin»? In ADLER R, BERTRAM W, HAAG A, HERRMANN JM, KÖHLE K, VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*, 2. Aufl., S. 17, Schattauer, Stuttgart 1992
- WIRSCHING M, HERZOG T: Aktuelle Entwicklungen im Konsiliar-/Liaisonbereich. *Psychother Med Psychol* 39, 41–44, 1989

## B. Allgemeine Krankenstationen und Intensivbehandlungseinheiten

HUBERT SPEIDEL, WOLFGANG MEYER

### 1. Kritik der Stationsstruktur und -funktion

Die Organisation einer Krankenstation orientiert sich an den *Ansprüchen* der Diagnostik und Heilung von Krankheiten, der Linderung von Leiden, des Wohlbefindens der Kranken und der ärztlichen ethischen Normen. Diesen Ansprüchen können Krankenstationen aus unterschiedlichen Gründen nicht vollständig nachkommen.

1. Kompetenz, Motivation und situative *Verfassung* von Mitarbeitern unterliegen intra-individuell, interindividuell, interinstitutionell und über die Zeit Schwankungen, die zwar zu beeinflussen, aber nie ganz zu vermeiden sind.
2. Analoges gilt für den *Informationsfluß*, dessen Mängel für die Patienten nachteilig sind. Sie lassen sich durch die Veränderung der unter a) genannten Faktoren wie der im folgenden behandelten strukturellen Probleme prinzipiell beeinflussen.
3. Die *Theorie der Medizin*, welche ihre Institutionen strukturiert, ist eine bio- bzw. mechanomedizinische, ein «engineering model». Ihre Basis sind die klassische Physik (NEWTONS Mechanik und BOLTZMANNs statistische Thermodynamik) und die Logik kausal-linearer Vorgänge. Ihre Eigenschaf-

ten sind folglich reduktionistisch (Erklärung des Ganzen durch Erforschung der kleinsten Bausteine des Organismus), deterministisch (gleiche Ursachen bedingen gleiche Folgen), unpersönlich (der Körper funktioniert mit Seele gleich gut oder gleich schlecht wie ohne) und ungeschichtlich (Erfahrungen spielen keine Rolle) (ADLER u. HEMMELER, 1990).

Folglich sind die Struktur und Praxis auch in Krankenstationen durch das «engineering model» bestimmt. Taktgefühl, die Berücksichtigung von Privatheit und die Abgegrenztheit von Gesprächen zwischen Arzt und Patient (z. B. Anklopfen, Telefon, Pieper) sind hier keine relevante Kategorie und werden dementsprechend (zu) wenig berücksichtigt. Semiotische Modelle, die nach Sinn und Bedeutung von Verhalten fragen, und systemische Theorie sind hier nicht strukturbildend, wenngleich, sozusagen hinter dem Rücken der offiziellen Struktur, in Gestalt menschlicher Reife und beruflicher Erfahrungen und Meisterschaft der hier Tätigen mehr oder weniger wirksam.

An zwei Feldern sollen die strukturellen Folgen der biomedizinischen Theorie veranschaulicht werden: am Visitenverhalten von Ärzten und an der Struktur der Krankenpflege.

#### a) Visitenforschung

Generell kommt der Patient bei der Visite zu wenig zu Wort. Eine Visite dauert durchschnittlich pro Patient 3,5 Minuten, mit einem Redeanteil des Arztes von 60

Prozent, des Patienten von 30 Prozent und der übrigen Teammitglieder von 10 Prozent. Von den Patientenäußerungen sind 80 Prozent Antworten auf Arztfragen. Elf Arztfragen steht eine Patientenfrage gegenüber. 94 Prozent der Unterbrechungen erfolgen durch den Arzt. Die Themenwahl ist zwei- bis dreimal häufiger an den Prioritäten des Arztes als an denen des Patienten orientiert. Zu 40 Prozent muß der Patient krankheitsbezogene Informationen dem Gespräch indirekt entnehmen. Bei schwerkranken Patienten ist dieser Anteil noch viel höher, mit bis zu 90 Prozent bei Patienten mit infauster Diagnose. Das Kommunikationsinteresse der Patienten wird weitgehend übergangen (vgl. FEHLENBERG et al., 1990; HAERLACH, 1994).

Vergleichen wir diese exemplarischen Ausschnitte der empirischen Forschungsergebnisse zur Stationsvisite mit dem, was in Kapitel III.A zum ärztlichen Gespräch und dessen Zielen gesagt wurde, so wird unmittelbar deutlich, daß die traditionelle Form der Stationsvisite nicht geeignet ist, die Bedeutung der Subjektivität des Patienten und generell psychosoziale Aspekte, die sich in der selbstbestimmten Rede des Patienten entfalten, zu würdigen, ja man kann sagen, jene verhindert diese systematisch.

#### *b) Struktur der Pflege*

Die heutzutage übliche Art der Krankenpflege ist die *Funktionspflege*, bei der Schwestern und Pfleger nicht die jeweils umfassende Verantwortung für Patienten erhalten, sondern bestimmte Arbeitsabläufe bei einer größeren Zahl oder allen Patienten einer Station vollziehen. Diese Form der Pflege ist das Kind der Industrialisierung und geht letztlich auf die geniale Erfindung von Henry FORD zurück, der bekanntlich entdeckte, daß der eng begrenzte Funktionsbezug zum entstehenden Automobil zu hoher Effektivität und Effizienz und vor allem zur Aufhebung der Individualität (auch) beim Automobil führte: Alle Automobile eines Typs waren gleich gut, was den Käufer naturgemäß freuen mußte. Daß dieses Modell inzwischen überholt ist, hat sich zwar in der Automobilindustrie, aber noch nicht in der Medizin herumgesprochen, wie überhaupt der Konservatismus der Mediziner im Hinblick auf Kommunikation und theoretische Positionen unausrottbar scheint. Das Bonmot »Die Physiker glauben inzwischen wieder an Gott, die Mediziner noch an die Physiker« gilt auch hier: Die japanische Automobilindustrie hat unter Nutzung von Kommunikationstheorie und -praxis die damit zusammenhängende Intelligenz ihrer Arbeiter zu nutzen gelernt. Die Medizin verschenkt mit der Funktionspflege Intelligenz, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte und die Zufriedenheit von Patienten mit der Pflege.

*Fallbeispiel:* Ein 82jähriger Patient ist zu Hause über eine Schwelle gestolpert und hat sich einen Oberschenkelhals gebrochen. Auf der chirurgischen Station erzählt er gern und voller Stolz, z. B. Besuchern und Zimmernachbarn, daß er seinen Haushalt selbst besorgt und nach langer Witwenschaft eine erheblich jüngere Freundin hat. Wer sich bei ihm nur fünf Minuten ans Bett setzte, hätte dies wissen können. Die Schwestern aber wußten es nicht, weil sie sich, freundlich und gut geschult, jeweils nur kurz und in stetem Wechsel im Zimmer aufhielten, um das Bett herzurichten, Blutdruck zu messen, das Essen zu bringen und abzuholen usw. Eines Tages kam es zu einem kurzen Wortwechsel zwischen ihm und einer Schwester, der darin endete, daß der Patient höchst unwillig der Schwester mitteilte, er wolle sie nicht mehr sehen. Der Patient hatte mit dem technischen Problem gekämpft, den fahrbaren kleinen Essensstisch nicht nahe genug zu sich heranziehen zu können, um sich ohne Pannen die Speisen zum Munde zu führen. Schon hier zeigte sich die Grenze der pflegerischen Fürsorge: Eine große Serviette hätte die Distanz überbrücken können. Für den um die Erhaltung seiner (Ich-)Funktionen kämpfenden alten Mann war es aber eine unerträgliche Kränkung, die Spuren der Speisereste auf seinem Klinikhemd sehen zu müssen. Man kann sich leicht vorstellen, daß er diesen Anblick seiner ihn besuchenden Freundin nicht bieten durfte; er mußte ihr ja beweisen, daß er kein dekrepider Pflegefall, sondern ein attraktiver Partner sei. So war seine Frage an die Schwester deutlich von dem auf sie verschobenen Groll unterlegt, ob sie nicht die Speisen wenigstens mundgerecht zerkleinern könne. Die Schwester, die gelernt hatte, daß gerade alte Patienten möglichst zur Selbständigkeit angeregt werden sollten, verschmolz diesen Kanon mit ihrem möglicherweise unbewußten Zorn auf dieses Exemplar ihr bekannter »ewig unzufriedener« Patienten in der Gegenfrage, ob er im Heim lebe. Sie hatte damit treffsicher die optimale, nämlich die auf seinen Narzißmus gerichtete Waffe in einem Disput genutzt, so daß dem Patienten nur noch der Kontaktabbruch übrig blieb.

An diesem Beispiel läßt sich mehreres zeigen: daß auch Schwestern Ventile für ihre anderweitig ohne Supervision nicht zu verarbeitenden Aggressionen benötigen; wie gut BALINT-Gruppenarbeit (vgl. Kap. III.B) für den Stationsbetrieb und das Wohlbefinden von Patienten und Pflegepersonal wäre; vor allem aber: Die Funktionspflege hat einen großen psychosozialen Informationsverlust zur Folge, der nicht durch die Stations- und Übergabebesprechungen aufgefangen werden kann, der aber beträchtliche Folgen für die Qualität der Pflege hat. Sie hindert Pfleger

und Schwestern an der Entwicklung ihrer vollen menschlichen und fachlichen Kompetenz; sie erhält das zwischen Ärzten und Pflegepersonal bestehende hierarchische Gefälle bzw. verstärkt es; sie ist bei Pflegern und Schwestern zu Recht unbeliebt (STUHR u. HAAG, 1989) und einer der Faktoren für die Unzufriedenheit und die Abwanderungsbewegung von Krankenschwestern, die eigentlich dazu aufgerufen wären, ein psychosoziales Feld als pflegerische Gegenwelt gegen die technikzentrierte der Ärzte zu etablieren, daran aber gehindert sind und sich, wenn sie standhalten, mit diesem technischen Medizinverständnis identifizieren. Als ob es noch nötig gewesen wäre, dieser aus der Sicht eines umfassenden, d.h. psychosomatischen und systemischen Verständnisses von Krankenversorgung verfehlten Entwicklung den Stempel aufzudrücken, legte das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 die tägliche Redezeit des Pflegepersonals pro Patient auf 4,42 Minuten, bei sterbenden Patienten auf 9,35 Minuten fest. Es läßt sich leicht vergegenwärtigen, wieviel Redezeit übrig bleibt, wenn die Pflegekräfte ihre täglichen Standardfragen absolviert haben. Es ist ein Dokument der sprachlosen, an physikalisch-chemischen Kategorien orientierten Medizin. Bei den notwendigen Pflegesatzverhandlungen wurden die psychosozialen Leistungen einfach vergessen.

## 2. Epidemiologische Argumente

Zwischen den empirischen Befunden zur Bedeutung psychosomatischer bzw. psychosozialer Gesichtspunkte für die Versorgung von Patienten auf Allgemeinstationen und deren Umsetzung in die Versorgungsrealität klafft eine große Lücke (vgl. Kap. V.A).

Alle ernstzunehmenden empirischen Untersuchungen weisen *hohe Prozentsätze psychosomatisch Kranker* auf Allgemeinstationen aus. Je nach Methodik und Situation schwanken sie zwischen 30 und 60 Prozent. Auf internistischen Stationen sind die Prozentsätze besonders hoch und auf mindestens 50 Prozent zu veranschlagen (KÖHLE u. JORASCHKY, 1990; SCHMELING-KLUDAS u. WEDLER, 1993). Die somit vordringliche Verwirklichung des in der Station psy-

chosomatisch «patientenzentriert» arbeitenden Arztes (BALINT, 1965; ENGELHARDT, 1971) ist weitgehend uneingelöst und wird von der o. g. Ausrichtung praktisch verhindert. In gut ausgebauten Zentren mit einem ausreichend ausgestatteten psychosomatischen Service werden immerhin 10 Prozent der Patienten konsiliarisch gesehen, bei weniger guter Zusammenarbeit 4 Prozent, an vielen Orten ohne psychosomatische Institutionen gar nicht. Epidemiologische und medizinsoziologische Argumente bestätigen also, daß die traditionelle medizinisch-klinische Versorgungsstruktur einschließlich deren Konsiliarverhalten dem Behandlungsauftrag nur unvollständig gerecht wird.

## 3. Die psychosomatische Versorgung auf Allgemeinstationen

Die unübersehbaren strukturellen Mängel der stationären Versorgung sind kein Grund zur Resignation. Vielmehr lassen sich kurzfristig (ärztliches Verhalten und Erleben in der Arzt-Patienten-Beziehung) und längerfristig (organisatorische Innovationen) Veränderungen im Sinne der Evolution von einer organ- zu einer patientenzentrierten Medizin erzielen. Einige der Prinzipien, die dem Arzt auf den Allgemeinstationen hilfreich sind, wurden bereits in den Kapiteln III.A und V.A dargestellt.

*a) Die emotionale Disposition des Patienten*  
Entgegen der o. g. medizinischen Dogmatik, aber auch entgegen den erosiven Kräften der alltäglichen und oft überanstrengenden Routine sollte sich der Arzt bei jedem neuen Patienten darüber Rechenschaft geben, daß dieser beim Eintritt ins Krankenhaus in der Regel einer großen Belastung seiner Wahrnehmungs-, Anpassungs- und Erlebnisweisen unterzogen ist. Auf ihn kommen großenteils unkalkulierbare Ereignisse und Erfahrungen zu; er ahnt, weiß oder erwartet dies, und seine Erwartungen basieren häufig nicht auf erlebten Realitäten. Der Patient kommt in der Regel in eine ihm unvertraute Umgebung; er gibt mit der Kleidung die Insignien seiner bürgerlichen Würde ab und damit auch deren sicherheitsspendende Ressourcen. Er regreidiert also auf eine abhängige, quasi infantile innere Position und äußere Rolle.

Dazu gehört auch, daß er, analog unvertrauten Situationen der Kindheit, die Personen, denen er sich anvertraut hat, idealisiert und/oder fürchtet. Er hat unter Umständen existenzielle Furcht vor einer erschreckenden Diagnose, er erwartet schmerzhaft Maßnahmen, die irreversible Zerstörung seiner körperlichen Integrität; sein Schamgefühl wird verletzt werden. Er erlebt im Verlauf wechselnde Zustände von Angst, Unsicherheit, Bedrohung, Belastung, Kränkung, Enttäuschung, Wut (vgl. das o. g. Fallbeispiel). Entsprechend seiner individualitäts- und situationsbedingten regressiven Verfassung und Infantilisierung hat er oft unausgesprochene, unbewußte Erwartungen, wie ein Kind geliebt, versorgt und gepflegt zu werden. Gegen diese Gefühle kann sich wiederum Stolz entwickeln, der zu einer distanzierten Haltung führt. Die in ihrer Architektur, ihrer Einrichtung, ihren Geräuschen und Gerüchen fremde, unvertraute Klinikatmosphäre befremdet, verunsichert und ängstigt den regredierenden Patienten. Alle diese teilweise unvermeidbaren inneren Zustände und die daraus resultierenden Verhaltensweisen können die Kooperation zwischen ihm und dem Stationsteam stark beeinflussen. Diese Befindlichkeiten sind wichtige intervenierende Faktoren, die mit einem «engineering model» nicht erfaßbar sind.

#### *b) Das Verhalten des Arztes und die Arzt-Patienten-Beziehung*

Alle diese emotionalen Dispositionen des Patienten müssen vom Arzt prinzipiell in Rechnung gestellt werden, und zwar nicht nur im Interesse eines würdigen und angemessenen Reagierens auf den Patienten, sondern auch zur Verbesserung der Behandlung durch Beachtung möglicher Störfaktoren, die zum Teil in dem Begriff der Compliance subsumiert sind. Das heißt zunächst, daß der Arzt unbeschadet seines spezifischen diagnostischen Interesses den Patienten als Individuum würdigen, freundlich empfangen und alle von ihm ausgehenden Zeichen wie Kleidung und deren Stil, Gepflegtheit, Gesten, Mimik, Geruch, Ausdrucksweise, Themenwahl, Interaktionen mit Dritten (andere Mitglieder des Stationsteams) wahrnehmen, auf sich wirken lassen und nach Möglichkeit aus seinen Wahrneh-

mungen, insbesondere aber seinen gefühlsmäßigen Reaktionen (u. a. Gegenübertragung, vgl. Kap. III.A bis III.C) diagnostische Schlüsse auf die Persönlichkeit und ihre situative Befindlichkeit ziehen können soll.

Sein Respekt vor dem Patienten muß sich in einer angemessenen Mischung aus Sachlichkeit, Takt, Interesse für die Äußerungen des Patienten und die von ihm angegebenen körperlichen Beschwerden ausdrücken. Ein besonders heikler Punkt ist insofern die Überschreitung der sonst üblichen und gewohnten körperlichen Distanz zwischen Menschen, die kein Liebesverhältnis haben. Für den Patienten sind dies Momente der Unlust, der Angst vor Schmerz, des Verlustes der Kontrolle über sich, des Gefühls der Erniedrigung angesichts offengelegter körperlicher Mängel oder aber des Wunsches nach Verführung. Für den Arzt sind dies Risiken der routinebedingten Indolenz angesichts dieser situationstypischen Grenzüberschreitung. Mangelnde Empathie, die auch durch eigene Unsicherheiten und spezifische Gegenübertragungsgefühle aggressiver oder erotischer Natur bedingt sein kann, gefährdet das Arbeitsbündnis, auf das sich Arzt und Patient vertragsgemäß geeinigt haben.

Gegen diese Gefährdung der konstruktiven Zusammenarbeit hat der Arzt anspruchsvollere (Selbstwahrnehmungsaspekte, Empathie) und einfachere (gewohnheitsmäßige Haltungen und Einstellungen) Mittel zur Verfügung. Sein gepflegtes, neutrales Äußeres, höfliche, respektvolle Umgangsformen ohne kumpelhafte, abwertende oder flirtende Entgleisungen, die Vermeidung von unangemessenen Scherzen, d. h. insbesondere von solchen, deren Wirkung er nicht abschätzen kann, sind keine zureichenden, aber wichtige Voraussetzungen. Dem Patienten wirklich zuzuhören, auf seine Äußerungen interessiert einzugehen, ihm jeden Untersuchungsschritt und jede geplante Maßnahme hinreichend genau zu erklären und vorauszusagen, den Fragen des Patienten nicht auszuweichen, sondern wahrheitsgemäß, aber mit genauer Dosierung zu beantworten, dies sind schlichte, aber oft vernachlässigte Prinzipien. Zwischenergebnisse und endgültige Ergebnisse sollten dem Patienten erläutert werden, und bei allen

Handlungen sollte der Arzt Zeichen von Ungeduld und Zeitmangel vermeiden.

Bei aller Beachtung von Verhaltens- und Einstellungsprinzipien ist aber jeder Schematismus zu vermeiden. So ist beispielsweise zu beachten, daß das *Informationsbedürfnis* von Patienten unterschiedlich ist. Eher zwanghafte Menschen haben ein größeres Bedürfnis, die Situation jeweils zu kontrollieren. Dementsprechend groß ist ihr Informationsbedürfnis, während eher hysterisch organisierte Persönlichkeiten dazu tendieren, sich dem Arzt unkontrolliert anzuvertrauen. Depressive Patienten wiederum begründen ihr Desinteresse an detaillierter Information mit ihrer fatalistischen Erwartung. Es wäre aber problematisch, weil zu schematisch, sich nur an solchen typologischen Kategorien zu orientieren. Das Verständnis für die Bedürfnisse der Patienten entwickelt sich in der Interaktion selbst. Es erschöpft sich nicht in den genannten Konstellationen. Eine besondere Herausforderung stellen beispielsweise hypochondrische Patienten dar, die ohnehin häufiger stationär aufgenommen werden, als es ihrem körperlichen Zustand entspräche. Schon deshalb, aber auch wegen ihres unstillbaren Bedarfs an Untersuchungen und Vergewisserungen riskieren sie negative *Gegengefühle* und aggressive Haltungen des behandelnden Arztes und stellen für diesen eine große Herausforderung dar. Viele Ärzte neigen gegenüber solchen Patienten dazu, ihre abweisenden Gefühle dadurch zu vermeiden, daß sie dem Untersuchungsbedürfnis einfach nachgeben. Andere werden unwirsch und riskieren dadurch die Beziehung. Beide Modalitäten sind ungünstig. Ein flexibler Umgang mit dem Patienten, der eine objektiv unnötige Untersuchung im Interesse der Erhaltung der Arzt-Patienten-Beziehung zwar hin und wieder erlaubt, sie aber mit der Vorhersage des erwarteten Ergebnisses verbindet und daran das Gespräch über die Haltung des Patienten anknüpft, also die psychische Ebene fokussiert und dabei auch insofern den Patienten ernst nimmt, sind konstruktive Verhaltensweisen, die durch geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, besonders BALINT-Gruppen (vgl. Kap. III.B), erlernbar sind. Das Anschreien alter Patienten in der Vorannahme, sie seien schwerhörig,

sollte auf diejenigen beschränkt werden, die sich wirklich als schwerhörig erweisen.

Auch Patienten mit einer tödlichen Erkrankung sind für die Mitglieder des Stations-teams oft besonders schwierig. Die Ergebnisse empirischer Untersuchungen, wonach Patienten umso weniger vom Personal aufgesucht werden, je infauster die Prognose ist, sprechen für sich. Sie sind für Ärzte wie Pflegepersonal besonders schwierig, weil sie die Mitglieder des Stationsteams hilflos machen: an ihnen scheitert schließlich die medizinische Kompetenz. Eine typische Reaktion der Ärzte auf dieses situationsgemäß besonders häufige Beziehungsmuster ist die Leugnung der Aporie: Ärzte neigen dann zu einem unsinnigen Polypragmatismus.

*Fallbeispiel:* Ein auch für den Laien sichtbar moribunder Patient mit einem fortgeschrittenen metastasierten und «austherapierten» Leberkarzinom war entsprechend verbreitetem Verhalten noch in die Innere Klinik eingeliefert worden. Beim ersten Besuch der Ehefrau berichtet der zuständige Stationsarzt: «In Ihren Mann haben wir inzwischen einen halben Volkswagen gesteckt.» An diesem Satz und den ihm zugrundeliegenden ärztlichen Maßnahmen ist alles falsch: die Verschwendung von Geld, die Hilflosigkeit des Arztes in einer Situation, die von ihm menschlichen Rang und Würde verlangt hätte, die Tröstung einer Frau, die dieser Art von Trost nicht bedurft hätte, weil sie wußte, daß ihr Mann sterben werde, die Verleugnung der Hilflosigkeit in Gestalt von materiellem Agieren, die Ersetzung des Gesprächs mit einem Sterbenden durch materielle Maßnahmen, die Orientierung an einem mechanistischen Modell (Henry Ford und die Folgen: «Volkswagen», s. o.) und insbesondere der aus Unsicherheit entstandene Mangel an Takt in Gestalt eines unpassenden Vergleiches. Das Beispiel mag abstoßend sein; es ist aber alltäglich.

An dem folgenden Bericht eines Klinikarztes soll nicht nur gezeigt werden, welche Möglichkeiten angemessenen Umgangs Ärzten offenstehen, sondern auch, daß mit dem Tod des Patienten die ärztliche Aufgabe nicht beendet ist.

*Fallbeispiel:* Ein 58jähriger Patient erleidet nach vierwöchiger Therapie wegen eines Herz hinterwandinfarktes auf der internistischen Station eine Rhythmusstörung. Als ich in seinem Zimmer eintreffe, liegt er zyanotisch mit einem Atemstillstand neben dem Bett. Nach Mund-zu-Mund-Beatmung und Herzdruckmassage intubiere ich den Patienten und versorge ihn über einen Venenweg mit der ersten Medi-

kation. Fast alle Schwestern der Schicht sind um das Bett versammelt, jede hat ihre vorher eingeübte Aufgabe. Unter Beatmung und Herzdruckmassage fahren wir den Patienten auf die Intensivstation, wo wir nach einer Stunde ohne Erlangung von mechanischen Herzreaktionen die Reanimation abbrechen.

Der Weg zurück zur Station kommt mir wie eine Prozession vor. Ich fühle mich wie ein Leichenträger, zu Beginn des mir endlos erscheinenden Weges auch als Leichenmacher. Wieder vor der Station angekommen, frage ich mich, was die anderen Patienten, besonders der Mitpatient des Verstorbenen denken? Erleichtert sehe ich einen leeren Gang, und wir schieben den Toten in ein freies Einzelzimmer.

Spontan versammeln sich alle Mitarbeiter der Station im Schwesternzimmer. Jemand bringt schweigend Kaffee, ein anderer schließt die Tür. Ich bin gekränkt über die nicht erfolgreiche Reanimation und zugleich stolz auf mein Schwesternteam. Einige sprechen es aus: «Ich hätte es nie gedacht, daß gerade er stirbt, er wollte doch nächste Woche entlassen werden.» Und: «Es war eine gute Reanimation, wir haben diesmal nichts vergessen.» Alle teilen sich in der nächsten halben Stunde so oder ähnlich ihre Betroffenheit mit. Als die Klingel wieder ertönt und eine Schwester nach der anderen aufsteht, werde ich daran erinnert, die Ehefrau des Verstorbenen zu benachrichtigen. Ich gehe in mein Zimmer und telefoniere: «Ich rufe wegen Ihres Mannes an, ich möchte Sie bitten, jetzt zu mir auf die Station zu kommen.» Sie unterbricht: «Ist etwas Schlimmes passiert?» «Ja, bitte nehmen Sie sich ein Taxi und fahren zu mir, ich erwarte Sie.»

Eine Viertelstunde später sitzt eine zirka 50jährige Frau in meinem Zimmer. Ich beginne: «Es fällt mir schwer, dies jetzt auszusprechen, ich bin selbst noch ergriffen von dem, was in der letzten Stunde hier geschehen ist.» Still blickt die Frau mich an. «Doktor, sagen Sie nicht, es ist was passiert!» «Doch, Ihr Mann ist vor einer halben Stunde plötzlich gestorben.» Die Frau springt auf: «Sie machen Scherze, Doktor – gestern haben wir noch über die Entlassung gesprochen.» Ich antworte: «Vor einer Stunde hat Ihr Mann eine Herzrhythmusstörung bekommen, das Herz blieb stehen, trotz aller Bemühungen haben wir es nicht mehr zum Schlagen bekommen.» Wie starr sitzt die Frau da, dann wird sie bleich, sie sagt, daß ihr übel und schwindelig werde. Ich will sie stützen, sie drängt meine Arme zurück. Die nächsten zehn Minuten liegt sie mit abgewandtem Gesicht auf meiner Untersuchungsfläche. Mir kommen Bilder unserer Trauerprozession; im Geiste sehe ich die Ehefrau mich und die Schwestern beschimpfen.

Dann bemerke ich, wie sie mich wieder anblickt, ich gehe auf sie zu und frage: «Wollen Sie noch einmal zu Ihrem Mann, ich komme mit Ihnen.» Sie nickt. Wir betreten das Zimmer mit dem Verstorbenen, die Frau geht auf das Bett zu, sie zögert, umfaßt den Toten und sagt: «Sag, daß das nicht wahr ist.» Dies wiederholt sie mehrfach in den nächsten fünf Minuten,

wie beschwörend schlägt sie dabei mit den Händen auf den Brustkorb des Toten: «Sag doch was.» Nach einer ganzen Zeit zu mir gewandt: «Er ist nicht tot!» Ich daraufhin: «Sein Herz steht still.» Jetzt legt die Frau ihre Hand auf die Brust des Toten und hält inne. Ich sage: «Fühlen Sie, daß sich der Brustkorb nicht mehr bewegt. Er atmet nicht mehr. Er ist tot.» Nachdem sie dies getan hat, beginnt sie zu weinen und legt ihren Kopf auf die Brust des Toten: «O Gott, wie konnte das geschehen.»

Ich schiebe der Frau einen Stuhl hin und sage, daß sie bleiben könne, solange sie wolle. Danach verlasse ich das Zimmer, eine Schwester bleibt bei ihr. Eine halbe Stunde später klopft die Frau an meine Tür und erfragt Einzelheiten des Herzstillstandes und des Reanimationsversuchs. Im Gehen sagt sie leise: «Danke.» Ich benachrichtige den Hausarzt über den Tod des Patienten und die Reaktionen der Ehefrau. Mit dem Mitpatienten des Verstorbenen gehe ich nach einem längeren Gespräch ebenfalls zu dem Toten. Er verabschiedet sich (MEYER, 1986).

#### 4. Stationsstruktur, Fort- und Weiterbildung

Die Vermeidung von Verhaltensfehlern und die Realisierung eines guten Arbeitsbündnisses bzw. einer der Situation angemessenen Arzt-Patienten-Beziehung ist nicht nur unter dem Aspekt interindividueller Beziehungen zu betrachten. Die Struktur der Station, ihr Arbeitsklima, das positive oder negative Vorbild der verantwortlichen Persönlichkeiten beeinflussen die hier tätigen Personen. Eine im Sinne integrierter psychosomatischer, d. h. patientengerechter Medizin gut organisierte Station müßte eine ständige Institution haben, in der Ärzte und Pflegepersonal möglichst unter *Supervision* eines externen Experten die (psychosozialen) Probleme der Patienten und die Beziehung zwischen Team und Patient im Sinne einer BALINT-Gruppenarbeit (vgl. Kap. III.B) diskutieren. An diesen Treffen müßten auch die jeweils für die Station verantwortlichen Ärzte teilnehmen. Besondere Beachtung verdienen die Nachtwachen, die als Vertrauenspersonen für die Patienten oft eine große Rolle spielen. Ein psychosomatischer *Liaisondienst* (vgl. Kap. V.A) müßte diese Strukturen ergänzen.

Eine meist grob vernachlässigte Dimension patientengerechter Krankenhauskultur ist die Ästhetik der Stationen. Welche Farben die Wände haben, welche

Bilder an den Wänden hängen, welches und wieviel Licht woher kommt, wie laut das Pflegepersonal geht, spricht, mit Geschirr klappert, das alles sind wichtige Elemente guter Krankenhausbehandlung und -pflege. Das gemeinsame Nachdenken über diese Aspekte sollte, auch wenn Krankenhausarchitekten und planende Ärzte die schlimmsten Fehler in der Regel schon gemacht haben, nie aufhören.

Als stationsübergreifende Institution haben die *Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen* der Teammitglieder eine wichtige Bedeutung. Ein großer Fortschritt ist die Verankerung der psychosomatischen Grundversorgung in den Facharztweiterbildungen (vgl. Kap. III.B), wenngleich diese vorläufig nur in wenigen Fällen (Allgemeinärzte, Gynäkologen, Kinderärzte) umgesetzt ist. Sie wird für die Krankenversorgung in den Stationen nur relevant werden, wenn die psychosozialen Denk- und Handlungskategorien ernstgenommen und umgesetzt werden. In vielen Fällen werden die Zusatzbezeichnungen «Psychotherapie» und «Psychoanalyse», die auch von Klinikärzten unterschiedlicher Fachrichtung erworben werden können, einen günstigen Effekt auf die Stationstätigkeit haben. Dies ist vor allem auch von dem Facharzt «Psychotherapeutische Medizin» zu erwarten. Wer ihn erwerben will, muß ein Jahr in einer Inneren Klinik tätig sein. Von diesen Ärzten darf erhofft werden, daß sie ihr psychotherapeutisches Interesse in der Stationsarbeit aktivieren.

## 5. Intensivmedizinische Stationen, Wachstationen, Dialyseeinheiten

Intensivmedizinische Behandlungen sind wegen der vitalen Gefährdung der dort liegenden Patienten mit hohem technischem Aufwand, der metabolischen und Vitalfunktionenkontrolle sowie intensiver Pflege verbunden. Die Mortalitätsraten sind höher als auf anderen Stationen. Sie liegen durchschnittlich bei 15–35 Prozent, in einzelnen Patientengruppen wie solchen, die der Beatmung und der Hämodialyse bedürfen, bei 80 Prozent.

Patienten auf solchen Stationen befinden sich auch in einem psychisch prekären Zustand. Soweit sie nicht bewußtlos bzw. be-

wußtseinseingeeengt sind und ggf. an einem hirnanorganischen Durchgangssyndrom leiden, sind sie oft voller Angst oder tief depressiv. Die psychischen Veränderungen der Patienten sind wegen der physischen Grenzsituation als eigenständiger Risikofaktor *quoad vitam* anzusehen, z. B. weil Angst die ohnehin gefährdete Kreislauf- und Stoffwechselsituation noch weiter verschlechtern kann (SPEIDEL et al., 1978, 1979).

Die höchsten Raten an psychotischen Episoden finden sich in kardiochirurgischen Intensivstationen (SPEIDEL et al., 1978, 1979). Besonders schwere und häufige nichtpsychotische Angstzustände finden sich bei Herzinfarktpatienten (GAUS u. KÖHLE, 1990).

Zwar sind die gute Organisation und der hohe apparative Aufwand selbst schon für manche Patienten, aber auch für die Ärzte ein bedeutender Sicherheitsfaktor (FREYBERGER, 1976). Darüberhinaus bedürfen Patienten auf Intensivstationen besonders gründlicher psychotherapeutischer Betreuung im weitesten Sinne, und dies scheint sogar die Mortalität zu senken (CASSEM u. HACKETT, 1971). Bei Patienten mit einer gefährdeten Orientierung sind häufig wiederholte Besuche im Sinne einer supportiven Psychotherapie (FREYBERGER u. SPEIDEL, 1977) sowie einfache Orientierungshilfen wie Uhr und Kalender gegenüber dem Bett (MEFFERT et al., 1978) besonders wichtig. Ihre Bedeutung liegt z. B. darin, daß delirante Symptome in Intensivstationen ohne natürliches Licht, d. h. ohne optische Kontrollmöglichkeiten doppelt so häufig sind wie in solchen mit optischem Kontakt zur Außenwelt (WILSON, 1972). Gerade Patienten mit einer reduzierten Orientierungsfähigkeit bedürfen also einer laufenden kognitiven Kontrollmöglichkeit. Selbst Gesprächskontakte mit nur wissenschaftlicher Zielsetzung können auf kardio-chirurgischen Intensivstationen die Psychoserate senken (HELLER et al., 1970; MEFFERT et al., 1990). Patienten, bei denen Angst, Depression und Rückzug die leitenden psychischen Symptome sind, brauchen u. a. supportive Maßnahmen (s. o.), die auch vom Pflegepersonal geleistet werden können (GURTHRIE, 1973), d. h. sie benötigen häufige, kurze Kontakte, in denen sie das Interesse an ihrer Situation, Ermutigung und Unterstützung erleben können. Bei Schwerkranken sind auch Berührungen von spezieller Bedeutung im Sinne einer «Brücke zum Leben» (Äußerung einer alten, schwerkranken Kollegin). Nach allen Erkenntnissen muß in Anwesenheit des Patienten immer so geredet werden, als ob er es verstehe, auch wenn er bewußtlos scheint, und auch mit «Bewußtlosen» sollte gesprochen werden.

Im Widerspruch hierzu steht die Neigung des Personals von Intensivstationen, sich auf die



mechanischen Prozeduren zurückzuziehen. Deshalb beklagen sich nachträglich befragte Patienten besonders über Informations- und Kommunikationsdefizite (KLAPP, 1984), und sie hätten sich mehr Unterstützung gewünscht (FRANK et al., 1972). Die Intensivstationen sind somit diejenigen Stationen, bei denen die Notwendigkeit psychosomatischer Kompetenz der Ärzte und des Pflegepersonals besonders evident ist, aber in der Realität besonders vermißt wird. Es darf vermutet werden, daß die hohe Fluktuation des Personals auf diesen Stationen – Ausdruck schlechter Bekömmlichkeit der dortigen Arbeitsbedingungen – vor allem auf diese Diskrepanz zurückgeführt werden muß, die für das Personal selbst nachteilig ist.

Das Personal der Intensivstationen ist verschiedenen *Extrembelastungen* ausgesetzt: der hohen Mortalitätsrate, der Konfrontation mit Schwerkranken, der Kontaktbehinderung (z. B. bei beatmeten Patienten), den zum Teil schweren körperlichen Veränderungen, der permanenten Kontrolle von Körperfunktionen als lähmende Routine, der Furcht vor tödlichen Fehlern bei den oft notwendigen raschen Maßnahmen und vor Verletzungen der Patienten bei der Reanimation (GAUS u. KÖHLE, 1990). Besonders belastend ist der Umgang mit Hirntoten.

Im psychischen Sinne alleingelassen und insofern, wie auch hinsichtlich der Arbeitsmenge überlastet, neigen die Mitglieder solcher Teams zu kontraphobischer Hyperaktivität, zur Abwehr von Affekten, zu einem egalitären, oft respektlosen Umgang und rauen Ton untereinander, zu Rücksichtslosigkeit gegenüber Patienten und Teammitgliedern. Elitebewußtsein, Abschottung nach außen, u. a. mit der Folge unnötiger Ausgrenzung von Angehörigen, deren Anwesenheit besonders wertvoll ist, sind weitere, oft beobachtbare Phänomene. Die fortlaufende Supervision durch einen erfahrenen psychotherapeutisch-psychosomatisch geschulten Arzt ist nach dem Stand der Forschung eine *conditio sine qua non*, in der Praxis aber eine Rarität.

Hier besteht zweifellos auch noch ein Forschungsdefizit, wie die Ergebnisse von MEYER u. BALCK (1991) zeigen, die bei Notärzten u. a. ein geschlechtsdifferentes Reanimationsverhalten nachweisen konnten: männliche Notärzte reanimieren männliche Patienten

länger als weibliche Patienten; bei weiblichen Notärzten ist dieser Unterschied nicht nachweisbar. Daß dieser überraschende Befund nicht zufällig ist, beweist eine andere Studie, in welcher nachgewiesen wurde, daß männliche Infarktpatienten invasiver behandelt werden und möglicherweise deshalb eine geringere Mortalität haben als Frauen (SCHMIDT u. BORSCH, 1990).

Wie schwer aber eine solche Zusammenarbeit sein kann, zeigt sich in den Dialyseeinheiten (vgl. Kap. IV.E.2). Hier gibt es, ähnlich wie in den Intensivstationen, ein ausgeprägtes Elitebewußtsein. Anders als dort und in allen anderen Stationen ist die Beziehung zwischen Patient und (Pflege-)Personal langfristig und eng. Das Personal kennt oft die Lebensbedingungen der Patienten sehr genau und fühlt sich teilweise zu recht dem von außen kommenden psychosomatischen oder gar psychologischen Supervisor überlegen. Der Umgang mit Dialysepatienten nötigt dem Dialysepersonal jedenfalls psychologische Kompetenz auf (vgl. SPEIDEL, 1976 a, b), die in manchen Einheiten auch vorbildlich realisiert wird.

## 6. Strukturelle Maßnahmen

Die geschilderten Probleme und Mängel haben mehrere Gründe, solche der ärztlichen Ideologie, solche des Inhaltes der Arbeit, organisatorische und ökonomische. Erstes Erfordernis ist die *angemessene und gleichrangige Würdigung interaktioneller resp. psychosozialer Komponenten der Behandlung* durch die verantwortlichen Ärzte. Daß es hieran nach wie vor mangelt, zeigt sich daran, daß bei Pflegesatzverhandlungen auch Mitte der neunziger Jahre die psychosozialen Dienste vergessen wurden. Grundlegende Voraussetzungen sind hier Umdenken sowie psychosoziale und Managementschulung leitender Ärzte.

Die Arbeit in Krankenhäusern ist fachlich im technischen Sinne zunehmend anspruchsvoll, gleichzeitig aber auch menschlich sehr belastend. Vor allem der Umgang mit den zum Teil überwiegend alten Menschen, mit Tumorkranken und die Intensivpflege erfordern regelmäßig systematische Hilfen für das pflegerische wie für das ärztliche Personal.

Die Einrichtung von Liaisonbeziehungen (vgl. Kap. V.A), regelmäßige *externe Team-supervisionen*, z. B. in Gestalt von BALINT-Gruppen (vgl. Kap. III.B) sind mindestens für die Arbeitsbereiche mit besonders hoher Belastung (z. B. Onkologie, Intensivmedizin) ein unabweisbares Erfordernis. Sie dienen dem Verständnis der Patientenprobleme, dem gegenseitigen Verständnis des Personals, der Arbeitszufriedenheit, der Verminderung des Krankenstandes und derjenigen der Personalfuktuation und des Personalmangels. Die finanzielle Berücksichtigung in Gestalt entsprechender *Pflegesätze* ist vermutlich die beste Investition in das Wohl der Patienten wie des Personals der Kliniken.

## Literatur

- ADLER RH, HEMMELER W: Der Kliniker als Psychosomatiker. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 4. Aufl., S.410, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- BALINT M: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart / Huber, Bern 1965
- CASSEM NH, HACKETT TP: Psychiatric constellation in a coronary care unit. *Ann intern Med* 75, 9–14, 1971
- ENGELHARDT K: Der Patient in seiner Krankheit. Thieme, Stuttgart 1971
- FEHLENBERG D, SIMONS C, KÖHLE L: Die Krankenvsite – Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts. In: VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 4. Aufl., S.265, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- FRANK KA, HELLER SS, KORNFELD DS, MALM JR: Longterm affects of open-heart surgery on intellectual functioning. *J Thorac Cardiovasc Surg* 64, 811, 1972
- FREYBERGER H: Psychosomatic aspects of an intensive care unit. In HOWELLS JG (ed.) Modern perspectives in the psychiatric aspects of surgery. Brunner u Mazel, New York 1976
- FREYBERGER H, SPEIDEL H: Die supportive Therapie in der klinischen Medizin. *Bibl Psychiat Neurol (Basel)* 152, 141–169, 1976
- GAUS E, KÖHLE K: Intensivmedizinische Behandlungsverfahren. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 4. Aufl., S.1161, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- GURTHRIE M: Cardiac surgery in the first person. *Canad Nurses* 31, 1975
- HAERLACH T: Das Arzt-Patient-Gespräch. Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und bei der Patientenaufklärung. Zuckschwerdt, München 1994
- HELLER SS, FRANK KA, MALM JR, BOWMAN JR FA, HARRIS PD, CHARLTON MH, KORNFELD DS: Psychiatric complications of open-heart surgery: A re-examination. *New Engl J Med* 282, 1015, 1970
- KLAPP B: Psychosoziale Intensivmedizin. Springer, Heidelberg 1984
- KÖHLE K, JORASCHKY P: Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 4. Aufl., S.415, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- MEFFERT HJ, DAHME B, FLEMMING B, GÖTZE P, HUSE-KLEINSTOLL G, RODEWALD G, SPEIDEL H: Psychologische Aspekte der Psychopathologie Herzoperierter. *Verh Dtsch Ges Inn Med*, 84. Bd, 1560–1562, 1978
- MEFFERT HJ, LAMPARTER U, BOLL A: Comparison of in-hospital conditions for «International Study» and «Non Study» patients. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds.) Impact of cardiac surgery on the quality of life, S. 279, Plenum Press, New York 1990
- MEYER W: Über den Umgang mit dem Tod auf einer internistischen Station. *Psycho* 12, 787–790, 1986
- MEYER W, BALCK F: Reanimation – tägliche Realität und mögliches Modell zum Verstehen ärztlicher Auseinandersetzung mit dem Tod. In OCHSMANN R, HOWE J (Hrsg.) Trauer – Onkologische Konfrontation, S. 196, Enke, Stuttgart 1991
- SCHMELING-KLUDAS C, WEDLER H: Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus – praktisches, diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei internistischen Patienten. *Med Welt* 44, 627–631, 1993
- SCHMIDT SB, BORSCH MA: The prehospital phase of acute myocardial infarction in the era of thrombolysis. *Am J Cardiol* 65, 1411–1415, 1990
- SPEIDEL H: Zur psychischen Situation des Pflegepersonals bei Hemodialyse und Hemodialysetraining. *Therapiewoche* 26, 1043–1046, 1976
- SPEIDEL H: Die Arbeit des Psychosomatikers in Dialysezentren. *Der Krankenhausarzt* 49, 648–654, 1976
- SPEIDEL H: Psychosomatische Probleme in der Herzchirurgie. *Therapiewoche* 28, 8191–8210, 1978
- STUHR U, HAAG A: Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychother med Psychol* 39, 273–281, 1989
- WILSON L: Intensive care delirium. *Arch Intern Med* 130, 225, 1972

# C. Selbsthilfegruppen

GISELA HUSE-KLEINSTOLL

## 1. Einleitung

Die Bedeutung sozialer Unterstützung für das Wohlergehen der Menschen ist in den letzten 15 Jahren zunehmend in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Überlegungen gerückt. Zum einen haben chronische Krankheiten durch die höhere Lebenserwartung und neue medizinische Behandlungsformen zugenommen, so daß neue Unterstützungsanforderungen an die Gesellschaft gestellt werden, zum anderen haben die Lebensbedingungen der Menschen in Kleinfamilien oder Single-Haushalten zu einer Reduzierung der natürlichen familiären Netzwerke geführt. Selbsthilfegruppen können diese natürlichen Netzwerke nicht ersetzen, sie bilden aber eine Zwischenstellung zwischen den offiziellen, gesundheitspolitischen und den natürlichen Netzwerken. Sie können damit Teilaufgaben wahrnehmen, die durch Lücken in beiderlei Netzwerken entstehen. Selbsthilfegruppen werden immer aus der persönlichen Not geboren. Sie versuchen die Mängel der lokalen natürlichen und offiziellen Versorgungssysteme auszugleichen. Es handelt sich um den Zusammenschluß von Menschen, die sich aufgrund eigener Betroffenheit in einem umschriebenen Bereich zu einer Gruppe zusammenschließen zwecks gegenseitiger Information und Unterstützung. Diese Gruppen sind nicht professionell geleitet, sie gehen aber in der Regel aus Einzelinitiativen hervor. Etwa 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung sind Mitglieder von Gesundheitsselbsthilfe-

gruppen oder -vereinigungen (GRUNOW et al., 1983).

### 1.1 Geschichte

Im Gesundheitsbereich beginnt die Geschichte der Selbsthilfegruppen mit der Gründung der Anonymen Alkoholiker (AA-Gruppen) im Mai 1935 in den Vereinigten Staaten von Amerika. Viele der heutigen Selbsthilfegruppen, in denen sich Suchtpatienten zusammengeschlossen haben, beziehen sich in ihren selbstgewählten Regeln auf die in Form von zwölf Schritten abgefaßten Leitsätze der Anonymen Alkoholiker. 1965 spaltete sich in den USA eine Untergruppe ab und bildete die Gruppe der Anonymen Neurotiker «Emotions Anonymous», die heutigen EA-Gruppen. Sie haben sich in Deutschland ebenfalls unter diesem Namen zusammengeschlossen. Mitte der siebziger Jahre gab es in den USA etwa eine halbe Million Selbsthilfegruppen (KATZ u. BENDER, 1976, zit. n. MÖLLER, 1978). Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen im psychosozialen, psychotherapeutischen und im psychiatrischen Bereich wird nach MÖLLER (1978) als gewichtiger eingeschätzt als die der professionellen Beratung und Therapie. In der Bundesrepublik haben sich ab Mitte der siebziger Jahre Selbsthilfegruppen von den Zentren Gießen, Berlin und Hamburg flächendeckend ausgebreitet. Heute gibt es zahlreiche überregionale Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen, die nicht nur einen

guten Überblick über die Gruppen der Region haben, sondern auch helfen, neue Gruppen zu initiieren, und die Gruppenarbeit beraten und unterstützen (NARKOS 1991, 1992). Nationale Kontaktstellen sind die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG) in Gießen und die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen e. V. (NARKOS) in Berlin.

## 1.2 Art der Selbsthilfegruppen

MÖLLER (1978) unterscheidet inhaltlich sieben Bereiche, in denen sich Selbsthilfegruppen etabliert haben:

1. Psychologisch-therapeutische Gruppen
2. Medizinische Gruppen
3. Bewußtseinsverändernde Gruppen
4. Lebensgestaltende Gruppen
5. Arbeitsorientierte Gruppen
6. Lern- bzw. Ausbildungsorientierte Gruppen
7. Bürgerinitiativen

Besonders wichtig für die Psychosomatik im engeren Sinn sind die beiden erstgenannten Gruppen, im weiteren Sinn auch die unter 3. und 4. genannten Gruppen.

Zu den *psychologisch-therapeutischen Selbsthilfegruppen* zählt MÖLLER (1978) Selbsthilfegruppen für seelische Gesundheit, Suchtgruppen, Gruppen, die Unterstützung bei der Genesung von schwerer Krankheit oder Operationen geben wollen, wie die Frauen-Selbsthilfe nach Krebs e. V., oder Gruppen, die Menschen zusammenführen, die, durch Trennung oder Tod, schwere Krisen in ihrem Leben erlitten haben.

Als *medizinische Selbsthilfegruppen* im engeren Sinne bezeichnet werden Selbsthilfe-Vereinigungen von Kranken und Behinderten, die bundesweit organisiert sind, z. B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V., in der wiederum mehrere Untergruppen zusammenarbeiten, wie z. B. der Allergiker- und Asthmatiker-Bund und die Deutsche Rheuma-Liga oder der Deutsche Psoriasis-Bund. Zu diesen Selbsthilfe-Vereinigungen gehören aber auch der Interessensverband der Dialysepatienten Deutschland, die Liga gegen

Epilepsie, die Deutsche Multiple-Sklerose-Gesellschaft, der Deutsche Blindenverband, der Bund zur Förderung Sehbehinderter, die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Hör- und Sprachgeschädigten, die Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung, die Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa-Vereinigung, der Bundesverband für die Kehlkopflosen und viele andere mehr.

Zu den *bewußtseinsverändernden Selbsthilfegruppen* gehören insbesondere gesellschaftliche Gruppenbildungen wie Frauen- oder Männergruppen oder Homosexuellen-Gruppen, die eher sozialpolitische Ziele verfolgen und gesellschaftlicher Benachteiligung entgegenwirken.

Die *lebensgestaltenden Selbsthilfegruppen* sind solche Selbsthilfegruppen, die in alternativen Lebensgemeinschaften versuchen, ihren Erfahrungs- und Lebenshintergrund zu erweitern oder bewußt einzuschränken. Hierher gehören auch Selbsthilfegruppen für Rauschgiftabhängige oder (ehemals) Kriminelle, aber auch Wohnprojekte für Aids-Kranke u. ä.

## 2. Gesundheitsselbsthilfe

### 2.1 Gesundheitsselbsthilfegruppen

Nach der Definition von WINKELVOSS et al. (1981) zeichnet sich eine Selbsthilfegruppe durch die folgenden Kriterien aus:

- Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem
- Keine oder geringe Mitwirkung professioneller Helfer
- Keine Gewinnorientierung
- Gemeinsames Ziel der Selbst- und/oder Sozialveränderung
- Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe

In der zweiten Hälfte der achtziger Jahre gab es z. B. in Hamburg 65 Selbsthilfeszusammenschlüsse im Gesundheitsbereich, die in der Mehrheit wiederum zahlreiche Kleingruppen als Untergruppen hatten. Die stärkste Gruppierung der 225 AA-Kleingruppen, die in vier verschiedenen Abstinenzverbänden organisiert sind, blieben dabei unberücksichtigt (BEHRENDT et al., 1987). Der Grad der Organisation von Kleingruppen in Verbänden ist

sehr unterschiedlich. DENEKE et al. (1981) unterteilen die Gesundheitsselbsthilfegruppen anhand ihrer zugrundeliegenden Probleme in fünf Untergruppen:

1. psychische Erkrankung der Beteiligten
2. körperliche Erkrankung der Beteiligten
3. Behinderung der Beteiligten
4. Erkrankung von Angehörigen
5. Behinderung von Angehörigen

Bei *Zusammenschlüssen von Angehörigen* sind – abgesehen von den AA-Angehörigen-Gruppen – häufig die Kinder erkrankt oder behindert. Der Anteil der Mittelschicht ist bei den körperlich Kranken und den Angehörigenkörperlich Kranker mit 73 und 74 Prozent hoch. Er ist in den Gruppen psychisch Erkrankter, Behinderter und der Angehörigen von Behinderten deutlich niedriger (29 %, 27 % und 27 %) (DENEKE et al., 1981).

## 2.2 Motivation zum Selbsthilfegruppen-zusammenschluß

Ähnlich, wie in den politischen Parteien nur ein geringer Prozentsatz der altersentsprechenden Bevölkerung vertreten ist, sind auch in den Selbsthilfegruppen nur etwa 5 bis 7 Prozent der Betroffenen vertreten. Ein relativ hoher Anteil ist nicht über Selbsthilfeorganisationen und -gruppen informiert. Unter Stomaträgern fand KÜNSEBECK (1994) bei 60 Prozent der Nichtmitglieder fehlende Kenntnisse über die Deutsche ILCO e. V. (Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung). Dennoch liegt auch unter Informierten, die einer Einladung von Selbsthilfegruppen folgen, der Anteil der späteren Mitglieder prozentual im bekannten Rahmen. MOODY et al. (1993), die in einer englischen Studie der Frage nachgegangen sind, warum nur 7 Prozent aller informierten Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen haben, bekamen von den Nichtmitgliedern folgende Gründe (Mehrfachnennungen) genannt: Zu beschäftigt (40 %), kein Bedarf von weiterer Unterstützung (28 %), zu weiter Weg (23 %), Widerwillen, die eigene Krankheit publik zu machen (20 %). Darüber hinaus fanden sie, daß mehr Frauen als Männer und mehr

Morbus-Crohn- als Colitis-ulcerosa-Patienten in die Selbsthilfegruppen gingen. Die Teilnahme war auch – trotz Berücksichtigung von Sprachbarrieren – abhängig von ethnischer Gruppenzugehörigkeit. Europäer waren z. B. aufgeschlossener als Asiaten.

Die *Beitrittsmotive* zu Gesundheitsselbsthilfegruppen sind vielfältig. Sie umfassen als wesentliche Komponenten das Gefühl des Kontrollverlustes, Belastungen, die in Zusammenhang mit der Krankheit und ihren psychosozialen Folgen stehen, Versorgungsmängel, Erschütterung des Glaubens in die Möglichkeiten des medizinischen Systems und den Wunsch nach Kompetenzerwerb.

Mitglieder und Nichtmitglieder hielten gleichermaßen Hinweise, «wie ich mir selbst helfen kann», für die wichtigsten, was bei der Mehrheit der Betroffenen einen starken Wunsch nach mehr Autonomie deutlich macht. Bezogen auf alle Informationsbereiche von Krankheit, medizinischer Behandlung und psychosozialen Folgen hatte für Selbstgruppenteilnehmer Wissen einen höheren Stellenwert. Letztere bezogen ihre Informationen auch in erster Linie durch die Selbsthilfegruppe, Nicht-Mitglieder dagegen durch Ärzte (KÜNSEBECK, 1994).

Beim Vergleich mit dem von MÖLLER (1978) veröffentlichten Vorstellungen über Selbsthilfegruppen vom psychologisch-therapeutischen Gruppentyp fällt in anderen Untersuchungen auf, daß dieser Typ im Krankheits- und Problembereich eher eine Minderheit darstellt. Nur 14 Prozent aller Gruppen gehören z. B. in Hamburg zum psychologisch-therapeutischen Typ (zit. nach VON FERBER, 1987). Dies erklärt zum einen, warum Selbsterfahrungsaspekte als Beitrittsmotiv eher nachrangig von den Mitgliedern genannt werden, und zum anderen, warum Selbsthilfegruppenmitglieder u. a. Psychotherapie oder psychotherapeutische Beratung im Vergleich zu Nichtmitgliedern verstärkt in Anspruch nehmen.

## 2.3 Information über Gesundheitsselbsthilfe

Die Information über Gesundheitsselbsthilfegruppen und die Motivation zur Teilnahme an

Gruppensitzungen erfolgt am häufigsten durch die Kranken und Behinderten selbst, ihre Angehörigen oder Gruppenmitglieder. Die Bereitschaft von Professionellen, auf die Gruppen hinzuweisen, ist abhängig von der Bekanntheit und der Akzeptation der Organisationen, aber insgesamt sehr gering. Eine Ausnahme bilden die AA-Gruppen, auf die am häufigsten professionelle Vertreter des Gesundheitssystems hinweisen (BEHRENDT et al., 1987). Massenmedien und besonders lokale Medien spielen eine wichtige Rolle bei der Suche nach Gleichgesinnten und bei der Information über die vorhandenen oder neugegründeten Gruppen.

In den letzten zehn Jahren wurden verstärkt Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) gegründet, die als gemeinnützige Einrichtungen staatlich gefördert und unterstützt werden. Sie informieren nicht nur über das lokale Angebot, sondern organisieren Weiterbildungsveranstaltungen für die Gruppenmitglieder und geben eigene Zeitschriften heraus. Die Mitarbeiter der Kontaktstellen helfen, Gruppen zu initiieren, beraten Gruppen, sorgen für Räumlichkeiten und vermitteln finanzielle Unterstützung der Gruppen sowie Kontaktadressen in allen Teilen Deutschlands (ESTORFF, 1992). Diese Kontaktstellen verstehen sich auch als Vermittler zwischen den Selbsthilfegruppen und den Mitarbeitern und Einrichtungen des professionellen Gesundheitssystems. Je nach lokalen Gegebenheiten werden regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsbehörde oder anderen gemeinnützigen Trägern Listen über die wichtigsten lokalen Selbsthilfegruppen und die alten und neuen Kontaktstellen in den Bundesländern herausgegeben. Diese Unterlagen können bei den lokalen und überregionalen Kontaktstellen angefordert werden.

## 2.4 Gruppenziele und -erfolge

Gruppenziele sind die gegenseitige Unterstützung, die Förderung von Wissen über die Krankheit oder Behinderung, ihre Behandlung und Nachsorge und die Veränderung der Einstellungen des Umfeldes (Familie, medi-

zinisches Personal, Institutionen) gegenüber den Betroffenen.

Ein wichtiges Motiv für die Gruppenteilnahme ist die Aufhebung der mit den Krankheitssymptomen oder der Behinderung verbundenen Stigmatisierung. BEHRENDT et al. (1987) fanden heraus, daß sich die Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppen dahingehend auswirkt, daß viele der Gruppenteilnehmer eine Reduktion ihrer Belastungen durch die Krankheit erfahren; prozentual geben mehr Betroffene eine Abnahme psychischer (70 %) und sozialer (62 %) Belastungen an im Vergleich zur Häufigkeit der Verminderung körperlicher Belastungen (41 %). 47 Prozent psychisch Kranker, Behinderter und Angehöriger von Behinderten berichten über einen Rückgang der Angst, anderen zur Last zu fallen. Die Belastung durch Umweltreaktionen auf die Krankheit nimmt ebenfalls bei der Hälfte der Befragten ab. 39 Prozent erleben das Leben wieder als sinnvoll, was ein deutlicher Hinweis auf eine frühere tiefe Verunsicherung der Betroffenen ist.

Die soziale Unterstützung durch die Gruppe spiegelt sich auch in zusätzlichen Treffen und Telefonkontakten mit Gruppenmitgliedern wider. Zahlreiche Selbsthilfegruppen bieten Besucherdienste für Betroffene an, die sich in einer kritischen Phase der Erkrankung und Behandlung befinden. Die Mehrheit der Betroffenen hätte sich z.B. vor einer Anuspraeter-Operation diese Art der Unterstützung gewünscht (BEIER, 1993).

Nahezu bei allen Gruppenmitgliedern (98 %) wird ein besserer Umgang mit der Krankheit erreicht (BEHRENDT et al., 1987). Die meisten lernen ein neues Verhalten in Bezug auf die körperliche Symptomatik, die sozialen Kontakte und eine gezielte Nutzung des medizinischen und sozialen Versorgungssystems. Am häufigsten werden Fachärzte (69 %) kontaktiert. Die Inanspruchnahme der professionellen Dienste steigt eher im Vergleich zu Zeiten vor der Gruppenteilnahme. Dies betrifft besonders Psychologen, Psychotherapeuten und die sozialen ambulanten Dienste (BEHRENDT et al., 1987).

Der Informationsgewinn der Befragten über Art, Wesen und Behandlungsmöglichkeiten der Krankheiten sowie die gesetzlichen

Vorschriften ist besonders groß und verändert den Umgang mit den Versorgungseinrichtungen. Selbsthilfegruppenmitglieder aktivieren auch stärker die Unterstützung von Nachbarn, Freunden, Bekannten und Arbeitskollegen im Vergleich zu Nichtmitgliedern, besonders von Freunden und Bekannten, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Die Inanspruchnahme familiärer Ressourcen ist genauso groß wie bei Nichtmitgliedern (GRUNOW et al., 1983). Hier wird deutlich, daß die Selbsthilfegruppen eine Ergänzung der Ressourcen bewirken, ohne die vorhandenen ersetzbar zu machen.

Fragt man die Mitglieder, inwieweit sie die gesteckten Ziele erreicht haben, so wird verständlicherweise die Einstellungsänderung des Umfeldes seltener erreicht (Familie 58 Prozent, Einstellungsänderung bei Professionellen 47 Prozent, bei Institutionen 43 Prozent) als die Veränderung eigener Einstellungen. Behinderte oder chronisch Kranke mit psychischen Symptomen äußern sich seltener optimistisch im Vergleich zu den körperlich Kranken (BEHRENDT et al., 1987).

## 2.5 Gruppenbelastungen

Den Erfolgen der Selbsthilfegruppenarbeit stehen Belastungen materieller und nichtmaterieller Art gegenüber. Die Sachkosten für die Benutzung von Räumen, Informationsmaterialien und Telefonate für die Öffentlichkeitsarbeit können insbesondere für die Kontaktpersonen der Gruppen erheblich sein, wobei heute an vielen Orten öffentliche Gelder zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen bereitgestellt werden. Weit aufwendiger aber sind Aufwendungen an Zeit und Energie für die aktiveren Gruppenmitglieder. Aus diesem Grund ist es wichtig, daß möglichst alle Teilnehmer sich aktiv an der Organisation beteiligen. Offene Gruppen leiden häufig an der Fluktuation. Immer wieder darauf gestoßen zu werden, daß sie krank sind, macht 28 Prozent der befragten Mitglieder zu schaffen. Über die Menge der Verpflichtungen aufgrund der Gruppenarbeit klagen 43 Prozent. Die Probleme der anderen Teilnehmer mitzubekommen, wird am häufigsten als Belastung erlebt (52 %). In den Gruppen mit Kranken,

die an bösartigen Tumoren in fortgeschrittenen Stadien leiden, führen Rezidive und Todesfälle zu starken Ängsten aller anderen Mitglieder (BEHRENDT et al., 1987).

Dadurch, daß Selbsthilfegruppen keine weiteren Eingangskriterien haben als die der eigenen Betroffenheit, werden sie leicht zur «letzten» Versorgungsinstanz. Dies kann die Gruppen, besonders bei schwer depressiv Kranken, leicht überfordern. Ist das Verhältnis von unterstützenden und belastenden Faktoren über einen längeren Zeitraum unausgewogen, führt dies zum Gruppenaustritt oder unter Umständen sogar zur Auflösung der Gruppe.

## 2.6 Beziehung zwischen Selbsthilfe und Psychotherapie

Selbsthilfe setzt nach MOELLER (1978) voraus, daß die Betroffenen bereit sind, sich helfen zu lassen. Das heißt, daß eine besondere Auswahl Menschen sich in Selbsthilfegruppen zusammenfinden. Selbsthilfegruppen haben eine stark verhaltensändernde Wirkung bei den Teilnehmern. Über eine Zunahme psychischer und sozialer Kompetenzen als Erfolg der Selbsthilfegruppenteilnahme wird von fast allen befragten Mitgliedern berichtet. Gespräche über Gefühle und eigene Probleme sind ein wichtiger Teil der Gruppenerfahrung. Auch seelische Unterstützung außerhalb der Gruppe kann in Krisenzeiten überlebenswichtig sein. Geselligkeiten und gemeinsame Aktivitäten verhindern die soziale Isolation und regen zu neuen Erfahrungen in ungewohnten Tätigkeiten an.

Die Tatsache, daß Mitglieder aus Selbsthilfegruppen verstärkt auch psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, weist darauf hin, daß Selbsthilfe nicht gleich Therapie ist. So werden eine Reihe von Mitgliedern durch die Selbsthilfegruppe in die Lage versetzt, sich auf eine Psychotherapie einzulassen. Der Grad der Gruppenselbsterfahrung ist in den Gruppen sehr unterschiedlich und wird selten explizit als Ziel genannt.

Nach eigenen Erfahrungen in der Psychotherapie psychosomatischer und chronisch kranker Patienten schließt die Psychotherapie die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe

nicht aus. Es gibt aber unzweifelhaft eine Untergruppe von Betroffenen und Ärzten, die ausschließlich für Selbsthilfe oder ausschließlich für Gruppenpsychotherapie votieren. In einer Umfrage steht etwa die Hälfte der Bevölkerung der Zusammenarbeit mit Gesundheitsselbsthilfegruppen ablehnend gegenüber, davon auffällig viele Menschen, die in Singlehaushalten leben (GRUNOW et al., 1983). Es ist nicht klar, welche Gründe dabei ausschlaggebend sind, ob Unkenntnis, Mißtrauen, schlechte Erfahrungen oder fachliche Gründe? Eine mögliche Erklärung könnte in dem Single-Dasein selbst liegen, da viele Singles allzu große Nähe zu anderen Menschen eher scheuen.

Es gibt dagegen inhaltliche Gründe für die ärztliche Entscheidung, ob Psychotherapie oder Selbsthilfe oder beides anzuraten ist. Die psychisch schwer Kranken brauchen häufig mehr Hilfe und Verständnis, als die Gruppenmitglieder geben können. Auch diejenigen, die starke Abhängigkeitswünsche haben, werden aus Sicherheitsbedürfnis eine professionell geleitete Therapiegruppe vorziehen.

Die Heterogenität der Gruppen läßt für den außenstehenden Arzt keine verlässliche Prognose zu, welche Erwartungen der Patienten erfüllt werden können. Sie können die Patienten lediglich über das Angebot informieren, und diese müssen selbst prüfen, inwieweit sie in einer vorhandenen Gruppe das finden oder einbringen können, was ihnen hilfreich erscheint. Das gilt besonders für die lokalen Kleingruppen und weniger für die größeren bundesweit wirkenden Organisationen wie z. B. den Diabetikerbund, von deren Informations- und Weiterbildungsangeboten alle Patienten profitieren könnten.

### 3. Förderung von Gesundheitsselbsthilfe

#### 3.1 Unterstützungswünsche seitens der Selbsthilfegruppen

Die Umfrage unter Selbsthilfegruppen zeigt, daß es Wünsche nach Unterstützung ihrer Arbeit gibt (BEHRENDT et al., 1987). Hier steht zahlenmäßig an erster Stelle die Unterstüt-

zung durch die Medien. Darüberhinaus wünschen sich die Gruppen Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Die Verbesserung der Kontakte zu den Behörden und professionellen Helfern steht ebenso auf der Wunschliste wie die Unterstützung durch Kontaktstellen und die unbürokratische Bereitstellung materieller Hilfen.

#### 3.2 Kooperation mit Ärzten

«Wir wollen schon mit Ärzten sprechen, aber nicht auf die alte Art, daß der Arzt vorne am Rednerpult steht. Wir wollen einen gleichberechtigten Dialog. Wir betrachten uns selbst als unsere eigenen Experten und als mündige Patienten» (zit. aus BORGMANN et al., 1987). Die Patienten wollen einen gleichberechtigten Umgang mit den Ärzten. Sie wünschen sich eine echte Kooperation. Trotz intensiver Bemühungen von seiten der wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Förderer der Gesundheitsselbsthilfe in Deutschland ist die Kenntnis und Resonanz der Gesundheitsselbsthilfegruppen bei den Ärzten auffallend gering geblieben. Ein erstes, im Oktober 1992 von der Ärztekammer Hamburg organisiertes Forum zu Kooperationsmöglichkeiten von Selbsthilfegruppen und Ärzten zeigte dennoch, daß es unter den Ärzten eine wachsende Anzahl gibt, die bereit ist, aktiv mit den Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten und gegenseitig voneinander zu lernen.

Nach OESINGMANN (1992) schätzen kooperationserfahrene Ärzte die persönliche Entlastung, die wechselseitige Ergänzung der Hilfeleistungen und die sozial integrierende und gesundheitsfördernde Wirkung von Selbsthilfegruppen. Bei Patienten, die an Gruppen teilnehmen, wachsen die Medikamenten-Compliance und die Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat deshalb im Anschluß an das Bielefelder Pilotprojekt eine Diplompädagogin als Kooperationsberaterin eingesetzt (MEYE u. SLESINA, 1990).

Es gibt erste Kooperationen zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen im Medizinstudium, in denen über Gesundheitsselbst-



hilfe informiert wird. In der orientierenden Einführungsveranstaltung zum Medizinstudium in Hamburg haben sich Patienten aus Selbsthilfegruppen bereiterklärt, über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung oder Behinderung im medizinischen System zu sprechen und mit den Studenten zu diskutieren.

## Literatur

- BEHRENDT J-U, DENEKE C, ESTORFF A, GUDERIAN H, HALVES E, ITZWERTH R, SCHORSCH E-M, TROJAN A: Arbeitsweise von Gesundheitsselbsthilfegruppen und Anregungen zu ihrer sozialpolitischen Unterstützung. In VON FERBER C, BANDURA B (Hrsg) Laienpotential, Patientenaktivierung und Selbsthilfe, S. 9, Oldenbourg, München 1983
- BEHRENDT J-U, DENEKE C, GUDERIAN H, HALVES E, ITZWERTH R, SCHORSCH E-M, TROJAN A: Gesundheitsselbsthilfegruppen. In VON FERBER – Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hrsg) Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen, S. 79, Springer, Heidelberg 1987
- BEIER U: Die Lebensqualität von Anus-rectal-Trägern zwei Jahre nach der Operation in einem Hamburger Klinik. Medizinische Dissertation, Hamburg 1993
- BORGMANN I, FLOTO C, HETTER: Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen. Z Allg Med 63, 1017–1021, 1987
- DENEKE C, KEGLER R, SLOTTY A: Selbsthilfegruppen aus Sicht der Betroffenen. In KICKBUSCH I, TROJAN A (Hrsg) Gemeinsam sind wir stärker!, S. 139, Fischer aktuell, Frankfurt a. M. 1981
- ESTORFF A: Was ist KISS? Selbsthilfezeitung (SHZ) 42, 2, 1992
- GRUNOW D, BREITKOPF H, DAHME HJ, ENGFER R, GRUNOW-LUTTER V, PAULUS W: Gesundheitsselbsthilfe im Alltag: Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeeindrücke und -potentiale. Enke, Stuttgart 1983
- KÜNSEBECK HW: Die Lebenssituation von Stomaträgern – Ergebnisse einer ILCO-Untersuchung. In ENGLERT G, WINKLER R (Hrsg) Die Versorgung von Stomapatienten – Fortschritte und Defizite. Deutsche ILCO, Freising 1994
- MEYE MR, SLESINA W (Hrsg): Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen. Erprobung von Kooperationsformen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Dt Ärzte Verlag, Köln 1990
- MOELLER ML: Selbsthilfegruppen, 1. Aufl., Rowohlt, Reinbek 1978
- MOODY GA, BHAKTA P, MAYBERRY JF: Disinterest in lokal self-help groups amongst patients with inflammatory bowel disease in Leicester. Int J Colorect Dis 8, 181, 1993
- NARKOS: «Rote Liste» – Lokale/Regionale Selbsthilfegruppen – Unterstützungsstellen in den alten und neuen Bundesländern. Berlin 1991/1992
- OSINGMANN U: Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Dt Ärzteblatt 89, 775 f., 1992
- WINKELVOSS H, TROJAN A, ITZWERTH R: Zur Definition und Verbreitung von Gesundheitsselbsthilfegruppen. In KICKBUSCH I, TROJAN A (Hrsg) Gemeinsam sind wir stärker!, S. 139, Fischer aktuell, Frankfurt a. M. 1981

## D. Zum Stellenwert der Arbeitswelt in der Psychosomatik

ULRICH STUHR

### 1. Grenzen des Streß-Konzeptes

«Ich bin gestreßt» ist zu einer gebräuchlichen Redewendung geworden, die trotz ihres positiven Aspektes (Hinweis oder Eingeständnis psychischer Faktoren im Krankheitsgeschehen) auch eine negative Seite hat: Sie ist zu einer beinahe sinnentleerten Floskel geworden, die eher hilft, die meist komplexen Gründe, sich gestreßt zu fühlen, zu verschleiern. So kann z. B. unbewußt eine äußere Bedrohung am Arbeitsplatz gesucht werden, um eine innere psychische Bedrohung abzuwehren, z. B. ein uneingestandener, den Patienten aufzehrender Ehrgeiz, der wiederum selbst mit tief abgewehrten Minderwertigkeits- oder Vernichtungsgefühlen zusammenhängt.

Es geht somit darum, nicht ein komplexes Geschehen von äußeren und inneren Bedingungen zu parzellieren und eine fatale Arbeitsteilung unreflektiert fortzusetzen: Für «Streß» ist die Arbeitsmedizin zuständig und für «Gefühle» in der Familie oder in einem Menschen die Psychosomatik. Denn es kommen wechselseitig die Begriffe «Arbeit» nicht vor in einschlägigen Psychosomatiklehrbüchern (vgl. STUHR, 1988), und Begriffe zur Psychosomatik kommen nicht oder nur selten in Büchern der Arbeitsmedizin vor (vgl. BLOHMKE u. REIMER, 1980; ELSNER, 1988).

Äußere belastende Einflußfaktoren in der Arbeitswelt werden – was noch zu beweisen

ist – durch innere Bedingungen des Menschen (der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung, Bewältigungsmechanismen) und durch seine Verankerung in familiären Bezügen vermittelt wirksam.

Der Mensch verbringt am Arbeitsplatz trotz Arbeitszeitverkürzung einen großen Teil seiner wachen Lebenszeit. Der Arbeitsplatz ist für ihn ein soziales Kontaktfeld, das ihm die Möglichkeit bietet, Kompetenz zu gewinnen. Dort erhält er das Gefühl, von anderen gebraucht zu werden und nützlich zu sein. Die Arbeit bildet dabei einen sozialen Orientierungsrahmen, der Selbstbewußtsein stiftet. Das individuelle Realitätskonzept und die persönliche Identität werden dort entscheidend entwickelt, da der einzelne ständig seine Ideen, Kenntnisse und Fähigkeiten an der harten Realität der Arbeitswelt prüfen muß. Wir treffen eigentlich sonst nur noch in sehr frühen lebensgeschichtlichen Entwicklungsphasen des Menschen auf eine derart enge Verbindung von Tätigkeit und Identität bzw. Selbstbewußtsein.

Eigene Untersuchungen an einer Stichprobe von Menschen (22 Frauen und 16 Männer), die sich selbst als gesund definierten (vgl. HAAG et al., 1988), machten die Bedeutung der Arbeit als wichtigste Quelle der Freude deutlich: Der berufliche Erfolg (47 %) und der Beruf selbst (46 %) wurden am häufigsten als Quellen der Freude genannt, – im Vergleich dazu kommen der «Ehepartner» (35 %) und der «Konsum» (11 %) erst mit Abstand nachgeordnet dahinter.

Der Begriff *Streß* als genereller Ausdruck für Belastungen in der Arbeitswelt hat eine zum Teil verwirrende Geschichte, obwohl er so selbstverständlich gebraucht wird (s. Kap. II.B). HANS SELYE führte ihn 1926 in die Ge-

sundheitswissenschaften ein und bezeichnete damit zuerst «die unspezifische Antwort des Körpers auf jede Anforderung» (SELYE, 1974, S. 14). Verwirrend war jedoch, ob Streß der «Stimulus» ist – wie es ursprünglich in der Physik verstanden wurde – oder die «Reaktion», wie SELYE es tat – was man ursprünglich als «Strain» bezeichnete. Heute hat sich durchgesetzt, «Streß» als physiologische Reaktion des Organismus zu definieren und unter dem Begriff «Stressor» den Stimulus, der die Streßreaktion hervorruft (EVERLY, 1989, S. 5 ff.).

Die *Streßreaktion* läßt sich auf einer physiologischen, psychischen und sozialen Ebene beschreiben und wird als eine Anpassungsreaktion verstanden, die in drei Phasen abläuft:

1. Alarmreaktion
2. Stadium des Widerstandes
3. Stadium der Erschöpfung.

Diese Phasen ergeben sich aus dem plötzlichen Nachgeben des Organismus auf die Einwirkung des Stressors (Alarmreaktion), dem eine kybernetisch gesteuerte Widerstandsphase folgt, wo hormonelle und vegetative Prozesse im Rahmen eines phylogenetisch alten und genetisch determinierten Verhaltensmusters (vormals für Flucht oder Kampf) wirken. Kommt es zu einer chronischen Stressor-Einwirkung, kann sich diese Widerstands- oder Anpassungsleistung erschöpfen, und das letzte Stadium der Erschöpfung mit irreversiblen Schäden wird erreicht, das auch mit dem sogenannten Burnout-Syndrom in Verbindung gebracht werden kann (vgl. BURISCH, 1989).

In diesem Modell führen drei Aspekte zur Erkrankung:

1. Die Dauer oder/und Intensität des schädigenden Stressors
2. Die Erschöpfung der Abwehrleistung während der Adaptation an den Stressor
3. Das Zerbrechen des schwächsten Organgliedes unter der Belastung durch den Stressor (vgl. SELYE, 1974, S. 70 ff.)

An dieser Stelle können die vielfältigen Probleme dieses Streßmodells nicht diskutiert werden (vgl. DENEKE u. DAHME, 1977). Besonders problematisch ist, daß der Stressor unspezifisch bleiben kann und die Bedeutungsvielfalt von Stressoren außer acht gelassen wurde. So können unterschiedliche Stimuli (Freude vs. Ärger) zu gleichen Reaktionen führen (Erregung) und gleiche Stimuli (z. B. Phone-Stärke) zu unterschiedlichen psychischen Reaktionen führen (Phone-Stärke am Arbeitsplatz vs. in der Diskothek).

Es ist vor allem LAZARUS (1966) zu verdanken, auf die *subjektiven Vermittlungsprozesse* zwischen stimulierendem Stressor und physiologischer und psychologischer Reaktion hingewiesen zu haben. Dabei kommt es im Menschen auf physiologisch-psychologischer Ebene zu einem Vergleich zwischen Anforderung durch den Stressor und der vorhandenen individuellen Kapazität – das sogenannte *Inkongruenz-Modell* nach MCGRATH (1970). Neben diese Bedeutungsanalyse von Situationen durch den Menschen (kognitive Bewertung) tritt dabei die Auswahl und Verfügbarkeit von sogenannten *Bewältigungsstrategien* (auch Coping-Verhalten genannt). Nach LAZARUS und LAUNIER (1981) umfaßt die Bewältigungsstrategie Verhaltensweisen und intrapsychische Anstrengungen, um mit dem inneren, eigenen Erleben von objektiven Anforderungen fertig zu werden und nicht physiologisch, psychisch oder/und sozial verletzt zu werden.

## 2. Exemplarische Untersuchungen zu den Auswirkungen von Arbeitsbelastungen

In einer großen Zahl von Untersuchungen in der Arbeitswelt sind in den letzten Jahrzehnten immer wieder einzelne arbeitsrelevante Merkmale als signifikante Stressoren ermittelt worden:

### a) Zur Arbeitsstruktur:

- Die Zeitstruktur (z. B. Schichtrhythmus)
- Repetitive Teilarbeit
- Vigilanz (z. B. Monotonie)
- Habituationsgrad (Vorhersagbarkeit des Arbeitsablaufes)
- Handlungspielraum
- Körperhaltung und Körperbeanspruchung
- Grad der Verantwortlichkeit
- Maschinenbestimmtheit (Abhängigkeit vom Arbeitstakt)
- Inhalt der Arbeit (Sinnentleerung)

### b) Zu den Arbeitsbedingungen:

- Umgebungseinflüsse (Lärm, Staub, Hitze, Gas, Vibration, Strahlung)

- Umgang im Betrieb (Führungsstil und Hierarchie, Konkurrenz, Rollenkonflikte)
- Unsicherheit des Arbeitsplatzes und Arbeitsplatzverlust
- Betriebspolitik (Sozialleistungen, Mitbestimmung usw.)
- Entlohnung (Prämiensysteme usw.)
- Arbeitsweg (Pendler, Zeitaufwand)

Obwohl nachweislich Stressoren statistisch abgesichert identifiziert werden können, gibt es jedoch methodische Probleme in den arbeitspsychologischen und arbeitsmedizinischen Untersuchungen, die das herkömmliche Streßkonzept und die simple Suche nach Stressoren (als Reiz-Reaktionsschema) in Frage stellen.

So haben LÜHRING und SEIBEL (1981) 348 männliche Arbeiter in einer repräsentativen Studie aus Betrieben der Bundesrepublik Deutschland untersucht, und zwar mit Hilfe standardisierter Arbeitsplatzbeobachtungen, standardisierter Interviews zur subjektiven Arbeitserfahrung und eines standardisierten Tests zur psychischen Gesundheit (sog. LANGNER-Test).

Zwischen den objektiv erhobenen Merkmalen der Arbeitssituation und psychischer Gesundheit ergaben sich nur fünf Zusammenhänge von insgesamt 41 möglichen. Diese fünf Zusammenhänge betreffen nur drei der 12 Dimensionen, nämlich: Kooperation, Arbeitsgeschwindigkeit, Ausführung und Autonomie, und sie sind in ihrer Ausprägung trotz statistischer Signifikanz der Korrelationen sehr gering; sie liegen zwischen .14 und .09, also nur maximal 2 Prozent der Gesamtvarianz des Geschehens konnten so aufgeklärt werden!

Dieses Phänomen ist ein generelles Problem eines solchen Forschungsansatzes, d. h., einzelne Arbeitsplatzbelastungen haben statistisch gesehen eine Relevanz, aber vom Gesamtgeschehen «Arbeit/Krankheit» wird nur ein äußerst geringer Teil aufgeklärt. Eine Ausnahme bilden – wie oben gezeigt – arbeitssoziologische Aspekte, und zwar speziell die Einflußmöglichkeit der Arbeiter auf die Arbeitsgeschwindigkeit und die Art der Arbeitsausführung sowie eine starke kooperative Abhängigkeit, wenig informelle Kontakte und die Determination der Arbeitsgeschwindigkeit durch die Produktionstechnologie.

LÜHRING und SEIBEL (1981) haben interessanterweise aber eben auch die durch die Arbeit subjektiv erfahrene Arbeitsbelastung in Beziehung zur psychischen Gesundheit gesetzt. Durch die *Berücksichtigung des subjektiven Faktors* erhöhen sich die korrelativen Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Arbeitsbelastung und psychischer Gesundheit. Die Pathogenetik von Arbeitsplatzstrukturen im Hinblick auf die psychische Gesundheit läßt sich damit wohl eher durch die subjektive Bewertung und Verarbeitung von objektiven Belastungen begründen.

In der Herzinfarktforschung ist man einen anderen Weg gegangen, indem nicht von den Arbeitsbedingungen zur Erkrankung die Verbindung gesucht wurde, sondern von einer Erkrankung, dem Herzinfarkt, aus gefragt wurde, welche Arbeitsbedingungen bei den erkrankten Personen anzutreffen sind oder waren (sog. retrospektive Studien). Dies schließt jedoch nicht aus, daß derartige Belastungen nicht auch zu anderen Erkrankungen führen können, zumal gute Kontrollgruppen schwer zu definieren und zu finden sind (vgl. SIEGRIST et al., 1980).

Die Marburger Forschungsgruppe (SIEGRIST et al., 1980) findet bei Herzinfarktpatienten im Vergleich zu herzkreislaufunfalligen Kontrollpersonen folgende *Belastungsfaktoren*: Überstunden (mehr als 40 pro Monat), Zeitdruck, häufiges Unterbrechen des Arbeitsablaufes, inkonsistente Anforderungen, Probleme mit Vorgesetzten, drohende Rationalisierungsmaßnahmen, drohende Umsetzungen und Statuseinbußen.

Dabei zeigten sich jedoch zwei wesentliche Verbindungen zu anderen Bereichen, die die Komplexität des Geschehens andeuten:

1. Häufige und starke Dauerbelastungen im Arbeitsbereich gehen einher mit Belastungen durch lebensverändernde Ereignisse auch außerhalb der Arbeitswelt (sog. Life-Events wie z. B. Verluste, Krankheiten, Konflikte im Privatbereich)
2. Patienten, die im privaten und beruflichen Bereich belastende Lebensereignisse aufweisen und in ihrer Persönlichkeitsstruktur zugleich dem sogenannten Typ A-Verhalten (s. u.) entsprachen, wurden viermal häufiger

ger unter Herzinfarktpatienten gefunden (DITTMANN et al., 1981).

Unter einem sogenannten Typ A-Verhalten (coronary prone behaviour), das in vielen Varianten beschrieben wurde und ursprünglich als Ergebnis einer Person-Umwelt-Interaktion verstanden wurde, stellt man sich als charakteristisches «Wappen» für die Person eine «geballte Faust mit Stoppuhr» vor (ROSENMAN u. FRIEDMAN, 1974, S. 96), bei der Ehrgeiz, Konkurrenz, Ungeduld und ein hohes Aktionspotential für Aggressivität und Feindseligkeit vorherrschen (ROSENMAN, 1983). Dieser A-Typ ist jedoch nur ein Risikofaktor unter anderen, aber ein wichtiger. Denn es gibt auch Personen mit dem entgegengesetzten B-Typ-Profil, die auch einen Herzinfarkt erleiden können (vgl. ausführlich MEYER, 1988; s. Kap. IV.A.3).

Auch die Untersuchung des Wissenschaftszentrums Berlins (u. a. MASCHESKY u. SCHNEIDER, 1981; WOTSCHACK u. WOTSCHACK, 1981) weisen auf komplexe Belastungsstrukturen im Feld von Arbeitswelt und privater Sphäre hin. So gab es nicht nur Hinweise auf Belastungen am Arbeitsplatz, wie z. B. Lärm, Staub, Zeitdruck, hohe Konzentration, drohende Sanktionen, sondern auch auf familiäre Belastungen, wie z. B. hohe Kinderzahl, häuslichen Ärger, Partnerkonflikte, Freizeitstreß, wenig Freundschaften, und auf spezifische Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale, die als «Karrierestolz» (s. Typ A-Verhalten) oder Neigung, alles in sich hineinzufressen, charakterisiert wurden.

Hieraus ergibt sich, daß das historisch relevante Streßmodell von SELYE, wenn nicht überholt, so doch dringend erweiterungsbedürftig ist, hin zu einem multifaktoriellen Ansatz, in dem subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastungen, familiäre Belastungen und Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale als mögliche Belastungsfaktoren einbezogen werden müssen.

Ein großer Teil der Erkrankung wird vermutlich nicht monokausal durch einen Stressor am Arbeitsplatz ausgelöst, sondern vermittelte Wege, komplexe interaktive Prozesse bzw. Vernetzungen von Familie und Arbeit bilden das pathologische Moment. Davon unberührt gibt es sicher Arbeitsplatzbelastungen, die auch für sich allein pathogen wirken können (z. B. Lärm, Monotonie usw.).

### 3. Vernetzung von Arbeitswelt und familiärer Umwelt

In einer ersten Annäherung für die psychosomatische Medizin geht es darum, die Naht- bzw. Sprungstellen zwischen den Systemen «Arbeit» und «Familie» zu betrachten. Die Beziehung zwischen den Bereichen Arbeit und Familie kann jedoch nicht so gedacht werden, als ob eine Kugel (die Arbeit) eine andere Kugel (die Familie) anstößt und die Bewegung sich gradlinig fortsetzt. Der Anstoß setzt vielmehr ganz eigene Mechanismen beim angestoßenen System in Gang, und zwar Mechanismen aus der eigenen Dynamik (Anregung zur eigenfrequenten Schwingung). Systemtheoretisch sprechen wir von der «Auto-Poiese» und meinen damit die relative Eigendynamik des Systems und seiner Teile – «relativ», weil von außen zwar angestoßen, aber dann nach ganz eigenen Systemstrukturen und Funktionsgesetzen des angestoßenen Systems ablaufend (s. Kap. III.D).

Eine Familie kann nämlich die Auswirkungen der Arbeitswelt qualitativ modifizieren. Es gibt keine hundertprozentige Abschottung oder Offenheit, so daß sich z. B. Erfahrungen vom Arbeitsplatz in der Familie je nach Dämpfung unterschiedlich niederschlagen: offen, unbewußt, «unter der Hand», sie «strahlen aus», versetzen die Familie in «Spannung» oder erzeugen «atmosphärische Schwingungen» (sog. «carry-over»- oder «spill-over»-Hypothese nach BUCHHOLZ, 1984).

Aus dem Bereich der Arbeitsmedizin gibt es ein gut untersuchtes Beispiel, wo sich die Verknüpfung von Arbeitsbelastung und Familienleben, also das komplexe Zusammenspiel von verschiedenen Bereichen, zeigt: die *Nacht- und Schichtarbeit*.

Nacht- und Schichtarbeit muß als bedeutender Belastungsfaktor angesehen werden, da

- Arbeitsbelastungen zu einem Zeitpunkt gefordert werden, wo die psycho-physische Leistungsbereitschaft, gemessen an Körpertemperatur, Herz-Kreislaufsystem sowie hormonellen Regelprozessen, gemindert ist und
- die sozialen Beziehungen zu anderen, insbesondere zur Familie, durch die Zeitverschiebung und mangelnde Koordinierbarkeit gestört sind.

Die spezifische Streßwirkung besteht (vgl. KARMAUS u. SCHIENSTOCK, 1979) vor allem in einer beginnenden *Umkehrung der biologi-*

*schen Periodik* des Zeitbewußtseins sowie der Einschränkung sozialer Kontakte und des familiären Zusammenlebens.

Als typische Beschwerden werden von Schichtarbeitern genannt:

- Schlafstörungen mit Folgebeschwerden, wie Kopfschmerzen, Reizbarkeit und depressiver Stimmungslage, da z. B. auch die lebensnotwendige Traum-Tätigkeit eingeschränkt wird;
- Verdauungsstörungen, die sich vor allem in Magenbeschwerden und Magengeschwüren äußern und
- Herz-Kreislaufstörungen und Folgeerkrankungen.

In diesem Rahmen kann nur angedeutet werden, was sich aus der «Unruhe und Unbeständigkeit», die durch den Schichtrhythmus in die Familie hineingetragen werden, ergeben kann:

- Verringerung gemeinsamer Aktivitäten führt zur Entfremdung;
- Verhaltenseinschränkung der Familienmitglieder, insbesondere bei den Kindern, damit der Arbeitnehmer am Tage Ruhe im Schlaf findet;
- Belastung des Sexuallebens durch zeitlich verschobene oder/und unterschiedliche Sexualappetenz;
- mangelnde Teilnahme am kulturellen Leben, Gefahr der Isolation.

An dieser Stelle deutet sich an, daß Arbeitsbelastungen ernst zu nehmen sind und typische Beschwerdebilder hervorbringen (Trias von Schlafstörungen, Verdauungsproblemen und Herz-Kreislaufbeschwerden). Aber es wird auch die Auswirkung und vermutliche Wechselwirkung mit dem familiären Bereich des Schichtarbeiters deutlich.

Auch bei der Belastung durch den Wegfall von Arbeit, der *Arbeitslosigkeit*, treffen wir auf die Bedeutung des familiären Umfeldes. Ein Fehler vieler Untersuchungen zu den psychischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit ist, «die» Arbeitslosen als eine homogene Gruppe aufzufassen. Denn auch hier hängt die subjektiv erfahrene Belastung durch die Arbeitslosigkeit von individuellen (psychische Stabilität, Bewältigungspotential) und familiären Faktoren ab (emotionaler und praktischer Beistand, soziale Netzwerk-Verflech-

tungen, ökonomischer Status). So konnte JACKSON (1990) an einer differenziert untersuchten Stichprobe zeigen, daß verheiratete Männer mit Kindern im Vorschulalter in der Gesamtpopulation der Arbeitslosen psychisch am schwersten beeinträchtigt sind (General Health Questionair, GHQ) und die schlechtesten Werte hinsichtlich ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit erzielten. Diese Familienväter stehen unter dem größten Druck, den Lebensunterhalt der Familie zu sichern, und sehen nur die bezahlte Berufstätigkeit als den Weg dazu an. Eine konstruktive Adaptation an die Arbeitslosigkeit, besonders wenn sie lange andauert, ist am ehesten durch eine aktive Unterstützung (expressiv und instrumentell) des Arbeitslosen durch die anderen Familienmitglieder und durch sein eigenes aktives Bestreben gewährleistet, bezahlte Berufstätigkeit durch alternative Aktivitäten zu ersetzen.

Nach HÄFNER (1988) sprechen übereinstimmende Untersuchungsergebnisse für einen negativen Einfluß der Langzeitarbeitslosigkeit auf das psychische Wohlbefinden; dies findet seinen Ausdruck in unspezifischen körperlichen Beschwerden und in milden bis mäßigen depressiven Stimmungsänderungen. Deutlich ist das Risiko für Suizide und Suizidversuche im Vergleich zur erwerbstätigen Population erhöht. Da jedoch psychisch und körperlich kranke Menschen bereits in der Gruppe der Arbeitslosen überrepräsentiert sind (Selektionsfaktor), kommt es wohl zu einer Kumulation von Selektions- und Belastungsfaktoren. Darüber hinaus gibt es geschlechts- und altersspezifische Belastungsreduktionen (z. B. bei verheirateten Frauen von erwerbstätigen Ehemännern oder bei älteren Personen vor der Rente) bzw. wirkt sich Arbeitslosigkeit nicht nur in gesundheitlichen Parametern aus (arbeitslose Jugendliche können z. B. kriminell werden).

Es stellt sich somit immer wieder die Aufgabe, die subjektiv erlebte Belastung in der Arbeitswelt auf dem Hintergrund und im Zusammenhang mit individuellen und familiären Verarbeitungen zu sehen. Denn erst, wenn die individuellen (Coping-Verhalten) und familiären Bewältigungsmittel (social support) erschöpft oder zur zusätzlichen Quelle der Be-

lastung geworden sind (z. B. Alkoholkonsum zur individuellen Verdrängung von Problemen oder wenn z. B. Partnerkonflikte zu Hause das Leben zur Hölle machen), erhöht sich das Risiko, durch Arbeitsbelastungen zu erkranken.

Für die psychosomatische Medizin, die ihrem Anspruch nach den Patienten als Ganzheit sehen will, ist eine derartige komplexe Betrachtungsweise einzig fruchtbar und angemessen.

#### 4. Klinische Ergebnisse zum Einfluß von Arbeitsplatz-erfahrungen auf die Familie

Zur Konkretisierung dieser Annahme soll aus der Poliklinik-Routine einer psychosomatischen Abteilung ein Fallbeispiel gegeben werden:

Der Patient ist in diesem Fall ein Mann, der wegen einer gerade entstandenen Colitis ulcerosa zu uns in die Ambulanz kommt. Er ist mit einer Frau verheiratet, die seit 1 1/2 Jahren berufstätig ist, sie haben gemeinsam zwei Kinder. Unser Patient ist allein verantwortlich für die fristgerechte Auslieferung verderblicher Waren. Dabei ist für ihn aufgrund der großen Konkurrenz auf dem Markt wichtig, «daß jeder Kunde König ist, auch wenn es Proleten sind, die gleich Drohungen losschießen, zur Konkurrenz zu gehen». «Mich trifft es, wenn ich einen Kunden verliere ... , ich bekomme Druck von oben ... , der Computerausdruck sagt: Tu was!»

Bei dieser Tätigkeit, die im Durchschnitt etwa 60 Stunden pro Woche dauert, wirke er «äußerlich ausgeglichen und ruhig», obwohl «ich den Streß nach innen schlucke. Ich habe das Gefühl, ich schaffe es nicht mehr ... , es gibt nur weiter oder aufhören. Beruflich habe ich keine Alternative, da ich seit Jahren zu spezialisiert arbeite. Ich müßte sonst beim Nullpunkt anfangen. Ich habe so ein gutes Einkommen und will meinen Wohlstand halten, ich fahre ein großes Auto und es ist ein schönes Gefühl, Geld im Rücken zu haben».

Er habe das Gefühl: «Ich trage es mit nach Hause» ... «Wenn ich nach etwa 12 Stunden nach Hause komme, brauche ich eine Stunde Ruhe, da ich nicht sprechen kann ... Ich kann nicht abschalten und abends nicht einschlafen, innerlich spiele ich die Arbeit durch.» Zu Hause sei zunehmend Spannung entstanden, seitdem die Ehefrau seit ca. 1 1/2 Jahren arbeitet: «Sie ist selbstbewußter geworden – früher war ich Egoist und alles drehte sich um mich, all die Jahre entschied ich ... Seitdem sie arbeitet, gibt es Gegen-

wehr, z. B. will sie, daß ich zu Hause alles aufräume.» Besonders rege ihn auf, «wenn sie unrationell arbeitet, dann gebe ich Tips ... Ich ertappe mich dabei, wie ich versuche, es ihr beizubringen, ich war bemüht, sie vollwertig zu sehen, aber: sie ist tatsächlich ungeschickt ... Dann könnten wir uns streiten, aber die Frau kapselt sich ab. Früher bin ich mal explodiert, obwohl ich es nach einer halben Stunde wieder ungeschehen machen wollte ... Heute ziehe ich mich zurück». «Wenn ich ihr dann beim Abwaschen helfen will, will sie es nicht; sie meint, ich versuche meine Autorität aus der Firma mit in die Familie zu tragen; ich spiele sie zu viel an die Wand, das will sie nicht.»

Er sei an einem Punkt angelangt, wo er sich fragt: «Warum mache ich das alles für die Frau, die 60 Stunden, es lohnt sich nicht.»

An diesem Beispiel wird sowohl deutlich, daß der Patient Belastungen am Arbeitsplatz erlebt (hohe Verantwortung, Termindruck, Wettbewerbsdruck, hoher Anforderungsdruck, regelmäßig hohe Überstundenzahl), daß er einen individuellen Verhaltensstil hat, auf Belastungen zu reagieren (er ist aggressiv, muß sich aber unterwerfen; er glaubt, immer ausgeglichen sein zu müssen; er braucht für sein Selbstwertgefühl das hohe Einkommen und das Prestige), und daß er in der Familie durch eine zunehmend emanzipierte Frau Konflikte erlebt, denen gegenüber er sich mittlerweile ohnmächtig fühlt bzw. er seine Machtposition eingebüßt hat. Der Beruf läßt den Mann bis hinein in die Familie, ja ins Bett, nicht los. In der Beziehung zur Ehefrau taucht mit dem Wort «unrationell» ein Begriff aus der Arbeitswelt als internalisierte Leitmaxime des Mannes auf. Die Familie scheint für den Mann zu einem Ort neuer bzw. zusätzlicher Probleme geworden zu sein, seitdem sich seine Frau seinem dominanten Verhalten widersetzt.

In einer Befragung von 94 Erstpatienten internistischer Praxen in Hamburg untersuchten wir zur *Laien-Ätiologie* 30 Patienten, die familiäre Gründe als Ursache ihrer Erkrankung angaben und die bereit waren, sich über ihren Arbeitsplatz hinsichtlich ihrer Erkrankung (meist funktionelle Störungen) befragen zu lassen. Mit aller Vorsicht läßt sich aufgrund dieser explorativen Studie folgende Thesen über Wirkmechanismen und Vermittlungsprozesse zwischen Arbeits- und Familien-Welt aufstellen:

- a) Der gesamte Lebensrhythmus, eben auch der in der Familie, ist vom Arbeitsrhythmus geprägt, und zwar durch eine rein zeitliche Reglementierung.
- b) Der Inhalt der Arbeit beeinflusst das Familienleben, und zwar gegenläufig:
  - In der Umkehr von Verhaltensweisen von der Arbeit hinein in die Familie, z. B. «auf der Arbeit muß ich auf andere eingehen, zu Hause will ich das nicht auch noch tun müssen».
  - In der Kollision gegenläufiger, also unterschiedlicher Bedürfnisse des arbeitenden Mannes und der zu Hause wirkenden Frau, z. B. der Mann wünscht sich Ruhe, die Frau zu Hause wünscht sich Gespräche und Aktivitäten mit ihrem Mann.

Und gleichsinnig:

- In der Fortführung arbeitsbezogener Verhaltensweisen auch zu Hause, z. B. indem man auf der Arbeit passiv am Bildschirm sitzen muß und zu Hause wieder Zeit vor dem Bildschirm verbringt, oder Begriffe bzw. Bewertungsvorstellungen der Arbeitswelt tauchen auch als internalisierte Leitmaxime in der Familie auf (z. B. unökonomisch, unrationell usw.).
- In der Kollision gleicher Bedürfnisse, z. B. beide Ehepartner wollen zu Hause mal entlastet werden, wenn beide «abgespannt» von der Arbeit nach Hause kommen.
- c) Die Krankheitssymptomatik bei Männern hat vor allem zwei Funktionen:
  - Signal- und Appellfunktion als Ausdruck beruflicher Überforderung;
  - Ventil- und Regressionsfunktion: Die belastende Arbeitsplatzsituation kann nur über die Symptomatik abgemildert oder verlassen werden. Gleichzeitig führt die Symptomatik in der Familie zu stärkeren Einbindungen bzw. einer Regressionsmöglichkeit für den Arbeitnehmer in das Familienleben, das vorher durch die Arbeitsbelastung bzw. zeitlich bedingte Abwesenheit des Mannes zu kurz kam. Die Symptomatik bietet gerade für den Mann die Möglichkeit, Arbeitsbelastung zu reduzieren und Familienfürsorge anzunehmen, ohne vor sich und anderen Schwächen oder Versagen – wie er glaubt – eingestehen oder erleben zu müssen.

d) Die Funktionen der Symptome bei Frauen sind eher folgende:

- Die Verweigerung ihrer Funktion gegenüber dem Manne als funktionierendes Familienmitglied, ein kompensatorisches Gegenmilieu zu seiner ihn belastenden Arbeit immer wieder schaffen zu müssen.
- Der latente Versuch, die Familienstruktur umzukehren, damit der Partner nun eine kompensatorische Funktion bei der Restitution übernimmt und sich kommunikativer bzw. emotional zugewandter um die Frau kümmert.

Die Familie erhält insgesamt dabei die Funktion zugeschrieben, die Belastung durch den Arbeitsplatz aufzufangen und zu verarbeiten. Diese Aufgabe führt jedoch zu neuen Spannungen unter den Familienmitgliedern: Wer darf sich auf wessen Kosten erholen?! Der nun innerfamiliäre Konflikt wird oft auf Kosten bzw. mit Hilfe eines Familienmitgliedes ausgetragen und dadurch quasi gebunden. Die Familie erfüllt ihre Reproduktionsfunktion gegenüber der Arbeitswelt somit mit Hilfe der Funktionalisierung eines Familienmitgliedes, das nicht mit dem Arbeitnehmer identisch zu sein braucht. Das einzelne Mitglied wird für den Erhalt des Ganzen «in Dienst genommen». Die Krankheit ist hierbei der Versuch, die eigene Resistenzfähigkeit wieder zu erhöhen und in den eigenen, nun individuellen Grenzen ein kompensatorisches Gegenmilieu zu schaffen.

FERENCZI (1919) hat am Phänomen der «Sonntagsneurosen» das gesamte psychische Spannungsfeld angedeutet: Triebdynamische Kräfte des Arbeitnehmers stehen durch die Antizipation der Arbeitsanforderung (am Sonntag die vom Montag) in der Familie im Konflikt (vgl. auch ABRAHAM, 1982; s. Kap. IV.A.3).

In der Gesamtschau dieser Wechselwirkungsprozesse könnte das Forschungsfeld der psychosomatischen Medizin sich fruchtbar erweitern und eine Synthese zwischen intrapsychischen und gesellschaftlichen Ansätzen gelingen (vgl. LEITHÄUSER u. VOLLMERG, 1988), wenn die komplexe Interaktion zwischen Arbeitswelt und privatem Lebensraum einbezogen wird.



## 5. «Und was tun wir jetzt?» (A. JORES)

Wenn man die bisherigen Thesen und vorläufigen Erfahrungen zur Belastung am Arbeitsplatz für die Psychosomatik zusammenfaßt, könnte man zur Schlußfolgerung gelangen: Vorbeugende Maßnahmen am Arbeitsplatz und in der Familie sind die beste «Therapie». Das ist sicherlich richtig; doch – so wird man gefragt – was soll man bis dahin tun?

Eingangs wurde auf die künstliche Trennung von Arbeitswelt bzw. Arbeitsmedizin und psychosomatischen Ansätzen hingewiesen. Patienten und Klienten, die uns aufsuchen, können mitunter sehr ausgiebig über Symptome klagen, aber sie vermeiden es oft, über belastende Erfahrungen am Arbeitsplatz und/oder über das Familienleben spontan zu sprechen.

Ein Lösungsansatz für diese schwierige Konstellation kann sich durch die gezielte *Thematisierung des «Feierabends»* im anamnестischen Gespräch bieten. Diese kurze Zeitspanne im Alltag des Patienten, die direkten Fragen leicht zugänglich ist, läßt Arbeitsbelastungen, die innerlich mit nach Hause genommen werden, in ihren Auswirkungen deutlich werden. Einheitliche Einstiegsfragen für diesen Teil der Anamnese, die eine individuelle Ausgestaltung pro Patient zulassen, könnten u. a. sein:

- «Wie reagieren Sie, wenn Sie nach Hause kommen?»
- «Wie reagieren Ihre Ehefrau und die Kinder auf Sie, wenn Sie von der Arbeit heimkommen?»
- «Denken Sie manchmal am Feierabend noch an Ihre Arbeit?»
- «Sprechen Sie am Abend über die Vorkommnisse auf Ihrer Arbeit mit dem Partner?»
- «Wodurch können Sie abends von der Arbeit abschalten?»

Nach WELTER-ENDERLIN (1982) bietet sich hier die Chance, den Handlungsspielraum bei außerfamiliären und innerfamiliären Belastungen neu zu definieren und zwischen externalen (unabhängig vom eigenen Handeln) und internalen Überzeugungen, welche beide das eigene Handeln bestimmen, differenzieren zu lernen.

In *Familientherapien* (s. Kap. III.D) kann die Bearbeitung dieser Themenbereiche vertieft werden, indem z. B. die Familie die konfliktgeladene Atmosphäre beim beginnenden Feierabend nachspürt und erlebt, wie sich die außerfamiliären Bereiche als unbewußtes «Generve», «Gereiztsein» auswirken. Die einzelnen Familienmitglieder erleben auf diese Weise, wie in der Familie Konflikte ausgetragen werden, die eigentlich vom Arbeitsplatz stammen (z. B. Verschiebung der ohnmächtigen Wut beim Chef auf die schwächeren Kinder).

In Betrieben gibt es mittlerweile eine Vielzahl von *Programmen bzw. Trainings*, die der Erhöhung der individuellen Kräfte zum Streßabbau dienen sollen (von Meditation bis zu Rollenspiel-Übungen in Seminaren). Spezielle «Streß-Management-Programme» (EVERLY, 1989) innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt haben dabei meist folgende Bestandteile:

1. Erklärung, was Streß ist
2. Informationen über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten und förderlichem bzw. schädlichem Streß
3. Schulung der individuellen Wahrnehmung gegenüber persönlichen Symptomen, die Streß anzeigen
4. Anleitung, persönliche Gründe zu erkennen, die zum Streß führen
5. Erlernen verschiedener praktischer Übungen, um Streß in allen Lebensbereichen, aber auch am Arbeitsplatz, zu bewältigen und zwar
  - Verringerung der Erwartung von Streß-Reaktion
  - Erlernen von Entspannungstechniken
  - Training, Streßreaktion günstiger für die Gesundheit auszudrücken
  - Überlegungen zur Umorganisation am Arbeitsplatz, um Streßreaktionen zu reduzieren

Durch gezielte Exploration von Patienten und bisher durchgeführte Seminare sind wir nicht nur auf potentielle Arbeitsstressoren oder familiäre Verarbeitungsweisen gestoßen, sondern auch auf *Risikogruppen*, bei denen der Transfer von Arbeit in die Familie besonders augenfällig ist und potentiell krankheitsgefährdend. Dies

sind besonders Familien, wo der Vater berufsbedingt oft oder/und lange oder zu «ungünstigen Zeiten» abwesend ist: Montage, Seefahrt, LKW-Fahrer, alle Arten von Nacht- und Schichtarbeitern (auch extreme Frühaufsteher, wie die Bäcker) oder auch Berufssoldaten und Manager, die mit ihren Familien oft umziehen müssen. Hier besteht nicht nur die Gefahr, daß erlebte Arbeitsbelastungen in die Familie hineingenommen werden, sondern es besteht die Tendenz, daß es zu symbiotischen Beziehungen zwischen den daheimgebliebenen Müttern und einzelnen Kindern kommt, weil der Vater als Erziehungsperson und Triebobjekt ausfällt, was bisher zu einseitig den Müttern angelastet wurde.

## Literatur

- ABRAHAM K: Bemerkungen zu Ferenczis Mitteilungen über «Sonntagsneurosen». In ABRAHAM K: *Gesammelte Schriften*. Bd. I., S. 307, Fischer, Frankfurt a. M. 1982
- BLOHMKE M, REIMER F: *Krankheit und Beruf*. Hühig, Heidelberg 1980
- BUCHHOLZ W: *Lebensweltanalyse. Sozialpsychologische Beiträge zur Untersuchung von krisenhaften Prozessen in der Familie*. Profil, München 1984
- BURISCH M: *Das Burnout Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Springer, Heidelberg 1989
- DENEKE FW, DAHME B: Beiträge zur medizinischen Psychologie und Psychosomatik. In DENEKE FW, DAHME B, KOCH U, MEYER AE, NORDMEYER J, STUHR U (Hrsg) *Medizinische Psychologie*, S. 62, Böhlau, Köln 1977
- DITTMANN K, SIEGRIST J, MATSCHINGER H, MCQUEEN D: Vorzeitiger Herzinfarkt und soziale Belastungen: Methodik und Ergebnisse einer medizinisch-soziologischen Studie am Beispiel lebensverändernder Ereignisse. In DEPPE HU, GERHARDT U, NOVAK P (Hrsg) *Medizinische Soziologie. Jahrbuch 1*, S. 187, Campus, Frankfurt a. M. 1981
- ELSNER G (Hrsg): *Handbuch Arbeitsmedizin*. VSA, Hamburg 1988
- EVERLY GS: *A Clinical guide to the treatment of the human stress response*. Plenum Press, New York 1989
- FERENCZI S: Sonntagsneurosen (1919). In FERENCZI S: *Bausteine zur Psychoanalyse. Band II: Praxis*, S. 178, Huber, Bern 1984
- HAAG A, AHRENS St, BÜHRING B, DENEKE F-W, LAMPARTER U, RICHTER R, STUHR U: Wie gesund sind Gesunde? In SCHÜFFEL W (Hrsg) *Sich gesund fühlen im Jahr 2000*, S. 27, Springer, Heidelberg 1988
- HÄFNER H: Macht Arbeitslosigkeit krank? *Fortschr Neurol Psychiat* 56, 326–343, 1988
- JACKSON PR: Individuelle und familiäre Bewältigung von Arbeitslosigkeit. In SCHINDLER H, WACKER A, WETZELS P (Hrsg) *Familienleben in der Arbeitslosigkeit*, S. 23, Asanger, Heidelberg 1990
- KARMAUS W, SCHIENSTOCK G: Körperliche, psychische und soziale Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit. In KARMAUS W, MÜLLER V, SCHIENSTOCK G (Hrsg) *Stress in der Arbeitswelt*, S. 9, Bund, Köln 1979
- LAZARUS RS: *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill, New York 1966
- LAZARUS RS, LAUNIER R: Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In NITSCH JR (Hrsg) *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*, S. 213, Huber, Bern 1981
- LEITHÄUSER Th, VOLMERG B: *Psychoanalyse in der Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen 1988
- LÜHRING H, SEIBEL HR: Beanspruchung durch die Arbeit und psychische Gesundheit: Auswirkungen von Diskrepanzen zwischen Arbeitserfahrungen und Arbeitserwartungen bei Industriearbeitern. *Z Soziol* 10, 395–412, 1981
- MASCHEWSKY W, SCHNEIDER U: *Soziale Ursachen des Herzinfarkts*. Campus, Frankfurt a. M. 1981
- MCGRATH JE: A conceptional formulation for research on stress. In MCGRATH JE (ed) *Social and psychological factors in stress*, p. 10, McGraw-Hill, New York 1970
- MEYER AE: Die psychosomatische Gegenreformation: Sind die Hoffnungen erfüllt? In AHRENS S (Hrsg) *Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der BRD*. Springer, Heidelberg 1988
- ROSENMAN RH, FRIEDMAN M: The central nervous system and coronary heart disease. In INSEL PM, MOOS RH (eds) *Health and the social environment*, p. 93, Heath & Comp., Lexington/Mass. 1974
- ROSENMAN RH: Coronary prone behavior pattern and coronary heart disease: Implication for the use of beta-blocker in primary prevention. In ROSENMAN RH (ed) *Psychosomatic risk factors and coronary heart disease. Indicat. for specific preventive therapy*, p. 9, Huber, Bern 1983
- SELYE H: *Streß, Bewältigung und Lebensgewinn*. Piper, München 1974
- SIEGRIST J, DITTMANN K, RITTNER K, WEBER I: *Soziale Belastungen und Herzinfarkt*. Enke, Stuttgart 1980
- STUHR U: Die Entstehung psychosomatischer Krankheiten im intersystemischen Geschehen zwischen Arbeit und Familie. In FEUSER G, JANTZEN W (Hrsg) *Jahrb Psychopathol Psychother* 8, S. 73, Pahl-Rugenstein, Köln 1988

WELTER-ENDERLIN R: Familie, Arbeitswelt und Familientherapie. *Familiendynamik* 1, 49–61, 1982

WOTSCHACK P, WOTSCHACK W: Herzinfarktforschung und Industriearbeit. In DEPPE HU,

GERHARDT U, NOVAK P (Hrsg) *Medizinische Soziologie. Jahrbuch* 1, S. 238, Campus, Frankfurt a. M. 1981

## E. Psychosomatische Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren

HELLMUTH FREYBERGER, ADELHEID KÜHNE, HARALD J. FREYBERGER

Die psychosomatische Begutachtung hat die Frage zu klären, ob bei Arbeitnehmern, die eine Frühberentung beantragen, eine *Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit* vorliegt (Tab. 1). Dieser Antrag wird zumeist zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr - ohne Geschlechtsunterschiede - gestellt. Die Gründe dafür sind beeinträchtigende somatische Beschwerden mit chronischer Verlaufsneigung und weitgehender Therapieresistenz, die sich nicht eindeutig oder vollständig durch organische Substrate erklären lassen. Wegen der Diskrepanz zwischen glaubhaften körperlichen Beschwerden und deren ungenügender Belegbarkeit durch organische Substrate muß an einer Möglichkeit der psychosomatischen Mitbedingtheit der somatischen Beschwerden gedacht werden.

### 1. Psychosomatischer Gutachtenpatient

#### 1.1 Medizinische Diagnosen

Nach Aussage der Versicherungsanstalten stellen Patienten mit organischen Herz-Kreislauferkrankungen und Patienten mit Beschwerden im Bereich des *Bewegungsapparates* am häufigsten den Antrag auf Frühberentung. Die letzteren Patienten sind

*Tabelle 1: Juristische Definitionen der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (nach Ecker. 1986).*

#### *Arbeitsunfähigkeit*

Der Versicherte ist wegen seiner Krankheit nicht oder nur mit der Gefahr, den Zustand zu verschlimmern, fähig, seiner bisher ausgeübten oder ähnlich gearbeteten leichteren Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Gefahr der Verschlimmerung begründet Arbeitsunfähigkeit, wenn die Verschlimmerung in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

#### *Erwerbsunfähigkeit*

Der Versicherte kann infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbsfähigkeit erzielen.

auch beim gutachterlich tätigen Psychosomatiker am häufigsten, weil bei ihnen oft eindeutige oder vollständige organische Begründungen des angegebenen Schmerzes fehlen. Symptomatologisch handelt es sich um Patienten mit ausgeprägten und chronifizierten Beschwerdesyndromen im Schulter-Nackensowie Cervical- und Lumbalbereich; insbesondere solche mit Lumbago-Ischialgie-Syndrom, bei denen einmal oder mehrfach erfolglos operiert wurde (s. Kap. IV.G.2). Bei

einer Untergruppe besteht ein erneuter Operationswunsch, welchem aber von den Chirurgen wegen der Aussichtslosigkeit einer Behandlung nicht entsprochen wird. Auch Fibromyalgiepatienten werden gesehen. Darüber hinaus finden wir gehäuft Patienten mit monosymptomatischen oder generalisierten *funktionellen Störungen*, deren gemeinsames Leitsymptom die vorzeitige *Erschöpfbarkeit* ist.

## 1.2 Psychopathologie und diagnostische Klassifikation

Bei den psychosomatischen Gutachtenpatienten finden wir in recht uniformer Ausbildung eine Psychopathologie, die weitgehend jener der Extremgruppe des Ich-schwachen Patienten (s. Kap. III.F) ähnelt (Tab.2). Diese Psychopathologie ist entweder der Ausdruck einer *neurotischen Entwicklung* oder einer *Persönlichkeitsstörung* (insbesondere depressive, schizoide, dependente oder passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen). Psychodynamisch dominieren eine narzißtische Störung, eine aggressive Hemmung und eine intensive Abhängigkeitssuche.

Tabelle 2: Psychopathologische Leitsymptome

1. Kontaktschwierigkeiten
2. Narzißtische Kränkbarkeit
3. Abhängigkeitswünsche
4. Geringe seelische Frustrationstoleranz
5. Submissivität mit aufgetauter (Frustrationen) Aggression und latenter Depression
6. Hypochondrische Selbstbeschäftigungen
7. Verleugnungstendenzen
8. Geringe Introspektion und Selbstreflektion
9. Sekundär-seelische Veränderung (vor allem infolge der Schmerzwahrnehmung)

## 1.3 Auslösende Situationen

Die genannte Psychopathologie des psychosomatischen Gutachtenpatienten hat in der Regel bereits vor Erkrankungsbeginn bestanden. Nach *nicht-bewältigten Objektverlusten* kann es zu einer starken Intensivierung dieser

Störungen und zum erstmaligen Auftreten der somatischen Beschwerden kommen. Während der Patient seine Psychopathologie nur als unbestimmtes seelisches Unbehagen wahrnimmt, erlebt er seine somatischen Beschwerden sehr viel konturierter. Diese erklärt er durch mehr oder minder eigenständig konstruierte somatische Krankheitstheorien, welche der Anlaß für das vorzeitige Rentenbegehren sind. LIEBERZ (1989) betonte hinsichtlich der auslösenden Objektverluste drei Inhalte: erstens die Wahrnehmung des Patienten einer zunehmenden Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit mit der Konsequenz einer Selbstverunsicherung (*biologischer* Aspekt). Zweitens die Beschäftigung mit der Lebensbilanz: wenn diese für den Patienten enttäuschend und kränkend ausfällt, kann es zur resignativen Selbstaufgabe mit vorbewußter oder unbewußter «Flucht in das Rentenbegehren» kommen (*psychologischer* Aspekt). Drittens kann die sog. «nacherlerliche Phase» für die zurückbleibenden Eltern belastende innerhehliche Neuanpassungen fordern (*sozialer* Aspekt).

## 2. Instanzenweg der Begutachtung

### 2.1 Erste Stufe

Nachdem der psychosomatische Gutachtenpatient seinen Antrag auf Frühberentung gestellt hat, wird er zunächst von Ärzten des Versicherungsträgers untersucht. Wenn sie das Rentenbegehren bejahen, wird dies vom Patienten oft als Gratifikation erlebt. Dies ist allerdings die Ausnahme, weil die Ärzte der Versicherungsträger kaum psychosomatisch orientiert sind. Im Falle der Ablehnung reagiert der Patient häufig mit narzißtischer Kränkung, Frustrationsaggression und Depressivität, die in Apathie, Pessimismus und sozialen Rückzug münden können. Oft kommt es auch zu einer deutlichen Verschlimmerung der somatischen Beschwerden. Die noch eingeholten nervenfachärztlichen Gutachten weisen zumeist keine psychodynamische bzw. tiefenpsychologische Perspektive auf und gelangen deshalb zu einer neuerlichen

Ablehnung, so daß das abschließende gutachterliche Ergebnis an der Gesundheitsstörung und der psychosomatischen Situation des Patienten vorübergeht. Damit kann es für ihn notwendig werden, Sozialhilfe zu beanspruchen. Dies ist nicht nur entwürdigend, sondern er muß auch seine Ersparnisse aufbrauchen; ferner können auch Angehörige zu Finanzleistungen herangezogen werden.

Nach Zurückweisung des Rentenbegehrens durch den Versicherungsträger bleibt jedoch die Möglichkeit, das *Sozialgericht* anzurufen. Rechtsanwälte haben sich für die Wahrnehmung der Anliegen der psychosomatischen Gutachtenpatienten spezialisiert.

## 2.2 Zweite Stufe

Auf der Ebene des Sozialgerichtes wird der Patient in komplizierte prozessuale Abläufe verwickelt, die sich für gewöhnlich über Jahre hinziehen. Durch die Richter des Sozialgerichtes wird der eigentlich notwendige nächste Schritt, nämlich die Einholung eines psychosomatischen Gutachtens, bei höchstens 25 Prozent der Patienten veranlaßt. Diese ungenügende Würdigung psychosomatischer Aspekte hängt vor allem damit zusammen, daß für Sozialrichter das Gebiet Psychosomatik-Psychotherapie häufig noch kein akzeptiertes Fach darstellt. Stattdessen wird bei 75 Prozent der Patienten erneut jene fachärztliche somatische Diagnostik durchgeführt, die eigentlich bereits abgeschlossen gewesen war, deren Ergebnis ist dann fast regelhaft wieder negativ. Dies kann bei den Patienten zu Hilflosigkeit, Groll, Hader und schweren Ressentiments führen. Die Situation des Patienten, der schließlich doch noch - sozusagen im Sinne der «ultima ratio» - dem Psychosomatiker zwecks Gutachtenerstattung vorgestellt wird, beschreiben KREYSSIG et al. (1993) treffend: «Das meist letzte, biographische, soziale und medizinische Kapitel einer langen Krankheitsgeschichte aus progredientem Leid, Wechsel zwischen Hoffnung und Enttäuschung, ineffizienter Arzt-Odyssee, unzureichender Diagnostik, kategorialen Zuordnungen und unzureichender bis ungeeigneter Therapie».

## 3. Lösung der gutachterlichen Fragestellung an der interdisziplinären Nahtstelle

### 3.1 Juristisches und psychologisch-medizinisches Anliegen

Im Rahmen des ärztlichen Begutachtungsverfahrens stellt der Richter des Sozialgerichtes dem psychosomatischen Gutachter in der Regel vier Fragen, welche auf die genaue Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit zielen (Tab. 3). Dabei sollen alle Gesundheitsstörungen des Patienten psychosomatisch gewürdigt werden. Zur Klärung der richterlichen Frage an den Arzt empfiehlt es sich häufig, ein zusätzliches *psychologisches Gutachten* zu erstellen.

Tabelle 3: Juristisches und psychologisch-medizinisches Anliegen.

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <i>Richterliche Fragestellung:</i> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liegen Krankheiten, «andere Gebrechen oder eine Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte» vor? Um welche Gesundheitsstörungen handelt es sich?</li> <li>2. Ist das Leistungsvermögen durch die festgestellten Krankheitserscheinungen eingeschränkt?</li> <li>3. Seit wann liegt das festgestellte Leistungsvermögen vor?</li> <li>4. Besteht die Aussicht, daß das Leistungsvermögen sich steigert?</li> </ol> |
| <i>Ärztliche Problemlösung:</i>    | Ist der Patient instande, selbstständig-willensmäßig oder auf der Basis von (psychotherapeutischen) Behandlungsmaßnahmen die zumeist unbewußt verankerten Hemmungen zu überwinden, die einer Wiederaufnahme seiner Arbeit entgegenstehen?  |

### 3.2 Psychodynamisch orientierter Dialog

Dieser Dialog beinhaltet die zentrale gutachterliche Frage, ob beim Patienten noch so viel an *Introspektion und Selbstreflektion* faßbar wird, daß gemeinsam die *Motivation für Psychotherapie* erarbeitet werden kann. Diese

ist untrennbar mit der Motivation verwoben, wieder erwerbstätig zu werden. Eine entsprechende Motivierung erweist sich aber aus drei Gründen als sehr schwierig: Erstens ist der Patient von der körperlichen Natur seiner Krankheit überzeugt. Zweitens steht er deshalb und auch wegen seiner Vorerfahrungen der Begutachtung verständnislos und mißtrauisch gegenüber. Drittens ist er in der Regel zu differenzierteren Reflexionen wenig imstande. Die Dialogsituation zeichnet sich meistens durch ein rein exploratives Abfragen und betont faktenbezogene Verbalisierung des Patienten aus. Die verständnisvolle, ärztliche Ansprache der Trias von Verunsicherung, Angst und Widerstreben zieht beim Patienten nicht nur beruhigende und entlastende Wirkungen nach sich, sondern begünstigt auch den weiteren Verlauf des Gespräches. Innerhalb dieses Dialogkontextes wirken die hypochondrischen Äußerungen des Patienten einerseits so, als ob er den Arzt auf seine Beschwerden geradezu «einschwören» und ihn somit als Bundesgenossen gegen die Voruntersucher gewinnen möchte. Andererseits wird in den hypochondrischen Äußerungen oft auch unterschwellig Aggressives sichtbar wegen der Notwendigkeit, sich einer psychosomatischen Untersuchungssituation überhaupt «stellen» zu müssen. Gleichzeitig äußert der Patient seine starken Ressentiments gegenüber den Drittinstitutionen. Wenn er aber im Verlauf des Interviews schließlich wahrnimmt, daß sich der Psychosomatiker anhaltend durch eine gewährend-verständnisvolle Neutralität auszeichnet, geht die Intensität der vorherrschenden hypochondrischen Klagsamkeit Schritt für Schritt zurück, und das Gespräch wird differenzierter.

### 3.3 Systemisch orientierter Dialog

Für die Verfasser hat sich ein anschließender systemischer Dialog (s. Kap. III.D) bewährt, der dazu dient, auch Partner und Familienmitglieder einzubeziehen. Jetzt kann sich der Patient, im Vergleich zur Einzelsitzung, nicht nur verstärkt öffnen, sondern es können auch über die Drittpersonen wichtige zusätzliche Informationen eingebracht werden. Auf diese

Weise kann eine Motivierung für psychotherapeutische Maßnahmen eher erzeugt werden. Auch ergeben sich anhand systemischer Erstinterviews zusätzliche Informationen zur seelischen und körperlichen Beschwerdesituation des Patienten, die ja im Zentrum der Begutachtung steht. Ferner können die Mitteilungen der Bezugspersonen (indirekte) diagnostische Schlüsse dahingehend ermöglichen, bis zu welchem Ausmaß beim Patienten die mitgeteilten Beschwerden auf sog. Aggravation oder Simulation basieren.

*Aggravation* bedeutet soviel wie die verstärkte Darstellung von objektiv vorliegenden Beschwerden mit dem Ziel, das Rentenanliegen durchzusetzen. Die gleiche Zielsetzung beinhaltet die *Simulation*, bei der es sich um die Vortäuschung von körperlichen Beschwerden handelt.

Nach unserer Arbeitserfahrung sind Aggravationen bei psychosomatischen Gutachtenpatienten häufig, während aber Simulationen äußerst selten beobachtet werden.

### 3.4 Psychologische Untersuchungsperspektive

Die psychologische Untersuchungsperspektive, die auf der Exploration, der Verhaltensbeobachtung und auf dem Einsatz psychologischer Testverfahren basiert, stellt eine wichtige Ergänzung der psychosomatischen Beurteilung dar. Im Zentrum der psychologischen Untersuchung steht ebenfalls die Frage nach der Entstehung, Aufrechterhaltung und Prognose jenes Verhaltens, das die Arbeitsleistung beeinträchtigt (**WESTHOFF**, 1994). Aber hier werden vor allem die *kognitiven Variablen* (insbesondere Intelligenzstruktur, Konzentration, Gedächtnis und Arbeitsstil), untersucht, die sich durch standardisierte Intelligenz- und Konzentrationstests prüfen lassen. Weitere Gesichtspunkte sind die emotionale Belastbarkeit und der Umgang mit Gefühlen sowie das Vorhandensein von relativ überdauernden Gefühlen wie Schuld, Angst und Minderwertigkeit. Ferner gehören hierher die *motivationalen Variablen*, die Interessen und das Leistungsmotiv, Entscheidungsverhalten und allgemeine Aktivität beinhalten. Schließlich betreffen die *sozialen Variablen* die sozialen Kompetenzen

zen, Einstellungen, Normen und Einflüsse «bedeutsamer anderer» (MEAD, 1973). Zur Erfassung der emotionalen, sozialen und motivationalen Variablen haben sich die Persönlichkeitsfragebögen bewährt, die aber in der psychologischen Gutachtensituation aus den dargelegten Gründen ein verzerrtes Bild geben können.

Aufgrund unserer bisherigen Arbeitserfahrungen bei psychosomatischen Gutachten-Patienten ist in der Regel ein durchschnittliches intellektuelles Leistungsvermögen mit teilweise erheblichen Ausfällen in Bezug auf die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit erkennbar, ebenso zeigen sich Schwierigkeiten im Umgang mit sprachlichem Material. Letzteres hat Auswirkungen auf die Introspektionsfähigkeit und damit auch auf eine mögliche Therapie-Indikation. Im einzelnen stellen sich die psychosomatischen Gutachtenpatienten testpsychologisch als sozial eher negativ resonant dar und fühlen sich depressiv verstimmt sowie verschlossen. Sie sehen sich als leicht erregbar, zu starker Introversion neigend sowie deutlich emotional labilisiert. Dementsprechend werden die Patienten mit den in ihrer Umwelt auftretenden Problemen und Widersprüchen schlecht fertig.

#### 4. Ergebnisse zum gutachterlichen Entscheid

Nach unserer Arbeitserfahrung liefert die Kombination von psychosomatischem und psychologischem Untersuchungsgang in der Regel ausreichende Informationen, um die juristisch formulierten Fragen zu beantworten. Fast ausnahmslos ist die Ausprägung der Neurose oder der Persönlichkeitsstörung und des somatischen Beschwerdebildes derart schwerwiegend, chronifiziert und verfestigt, daß dem Patienten eine Erwerbstätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann. Daraus ergibt sich auch, daß eine psychotherapeutische Indikation fast nie gegeben ist. Unsere Sicht stimmt mit den Erfahrungen von SANDWEG (1992) überein. Danach liegt bei den sog. Rentenbewerbern in der Regel eine ungünstige Kombination von

Persönlichkeitsmerkmalen und Bewältigungsstrategien vor, die einerseits zu einem schlechten Psychotherapieergebnis und andererseits zur Rentenantragstellung führen würde. Deshalb beschränke sich die ärztliche Tätigkeit bei sog. Rentenantragstellern letztlich vorwiegend auf Gutachteraktivitäten.

FOERSTER (1984) legte eine katamnestiche Studie von sog. neurotischen Rentenbewerbern vor (52 Frauen und 49 Männern; ein Drittel der Mittelschicht, zwei Drittel der Unterschicht zugehörig). Er gelangte zu folgenden drei Ergebnissen:

1. Von 59 berenteten Patienten wurde die psychische Verfassung anlässlich der Nachuntersuchung als unverändert oder schlecht beurteilt sowie von 35 berenteten Patienten als etwas gebessert gegenüber dem Begutachtungszeitpunkt.
2. Ungeachtet einer Psychotherapieindikation bei mindestens der Hälfte dieser Patienten gelang es nicht, diese für einen psychotherapeutischen Prozeß zu motivieren.
3. Ausgehend von sog. neurotischen Rentenbewerbern, deren Rentenanliegen nicht anerkannt wurde, ist die Ansicht, die Versagung einer Rente bessere die psychische Verfassung, nicht länger zu vertreten. Ferner ist die immer wieder geäußerte Bemerkung nicht zu belegen, daß alleine die Versagung der Rente regelmäßig zu einer Wiederaufnahme der beruflichen Arbeit führt.

In den Zusammenhang der Ergebnisse von FOERSTER gehört auch die Warnung von LIEBERZ (1989), den aus einer Frühberentung resultierenden finanziellen Gewinn zu überschätzen, zumal die zu erwartenden Renten meist bescheiden seien. Tatsächlich betreffe der in diesem Kontext häufig verwendete Begriff «sekundärer Krankheitsgewinn» weniger die finanzielle Kompensation, sondern vor allem das Erreichen-Können einer für das Erleben des Patienten *konfliktentlastenden Vita minima*.

#### Literatur

- ECKER W: Sozialgerichtliche Rechtssprechung zur Neurosebeurteilung. In VENZLAFF U (Hrsg) Psychiatrie Begutachtung, S. 535-548, Fischer, Stuttgart 1986
- FOERSTER K: Neurotische Rentenbewerber. Enke, Stuttgart 1984



- KREYSSIG M, HOFFMANN SO: Probleme der Begutachtung Schmerzkranker. In EGGLE UT, HOFFMANN SO (Hrsg) Der Schmerzkranker, S. 603, Schattauer, Stuttgart 1993
- KÜHNE A: Psychologie im Rechtswesen. Deutscher Studien-Verlag, Weinheim 1988
- KÜHNE A: Psychologie im Sozialgerichtsverfahren, eine biographische Analyse. In EGG R (Hrsg) Brennpunkte der Rechtspsychologie - Polizei - Justiz - Drogen, S. 225-237, Forum, Bad Godesberg 1991
- LIEBERZ K: Zur Psychologie des Rentenbegehrens. In WILLERT HG (Hrsg) Psychosomatik in der Orthopädie, S. 49, Huber, Bern 1989
- MEAD GH: Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1973
- SANDWEG R: Persönliche Mitteilung, 1992
- WESTHOFF K, KLUCK ML: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen, 2. Auflage, Springer, Berlin 1994

## Autorenverzeichnis

Frau Dr.med. Christel Böhme-Bloem  
Klinik für Psychotherapie u. Psychosomatik  
Universität Kiel  
Niemannsweg 147  
24105 Kiel

Frau Dipl.-Psych. Elke Daudert  
Klinik für Psychotherapie u. Psychosomatik  
Universität Kiel  
Niemannsweg 147  
24105 Kiel

Prof. Dr.med. Dipl.-Psych. Friedrich-Wilhelm  
Deneke  
Abteilung Psychosomatik u. Psychotherapie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Priv.-Doz. Dr.med. Ulrich T. Egle  
Klinik für Psychosomatische Medizin u.  
Psychotherapie  
Universität Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8  
55131 Mainz

Dipl.-Psych. Bernd Fittschen, Arzt  
Abteilung Medizinische Psychologie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Dr.med. Harald Freyberger  
Klinik für Psychiatrie  
Medizinische Universität Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23562 Lübeck

Prof. Dr.med. Hellmuth Freyberger  
Wallmodenstr. 25  
30625 Hannover

Frau Dr.med. Antje Haag  
Abteilung Psychosomatik u. Psychotherapie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Frau Dr.med. Gisela Huse-Kleinstoll  
Abteilung Medizinische Psychologie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Dr. rer.nat. Dipl.-Psych. Burkard Jäger  
Abteilung Psychosomatik u. Psychotherapie  
Medizinische Hochschule Hannover  
Konstanty-Gutschow-Str. 8  
30625 Hannover

Frau Prof. Dr.phil. Dipl.-Psych. Margit von  
Kerekjarto  
Abteilung Medizinische Psychologie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Dr.med. Dr.phil. Dipl.-Psych. Volker-E.  
Kollenbaum  
Tumorzentrum der Universität Kiel  
Niemannsweg 4  
24105 Kiel

Priv.-Doz. Dr.phil. Dipl.-Psych. Thomas  
Küchler  
Klinik für Allgemeine Chirurgie und  
Thoraxchirurgie  
Universität Kiel  
Arnold-Heller-Str. 7  
24105 Kiel

Frau Prof. Dr.phil. Dipl.-Psych. Adelheid Kühne  
Fachbereich Erziehungswissenschaften I  
Universität Hannover  
Bismarckstr. 2  
30173 Hannover

Priv.-Doz. Dr.phil. Dipl.-Psych. Hans-Werner  
Künsebeck  
Abteilung Psychosomatik u. Psychotherapie  
Medizinische Hochschule Hannover  
Konstanty-Gutschow-Str. 8  
30625 Hannover

Dr.med. Dipl.-Psych. Ulrich Lamparter  
Abteilung Psychosomatik u. Psychotherapie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Dr. rer.biol.hum. Dipl.-Psych. Wolfgang Lempa  
Abteilung Psychosomatik u. Psychotherapie  
Medizinische Hochschule Hannover  
Konstanty-Gutschow-Str. 8  
30625 Hannover

Prof. Dr.med. Reinhard Liedtke  
Klinik für Psychosomatische Medizin u.  
Psychotherapie  
Universität Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25  
53105 Bonn

Prof.Dr.med. Dr.rer.soz. Adolph-Ernst Meyer  
Abteilung Psychosomatik u. Psychotherapie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Dr.med. Wolfgang Meyer  
Inntal-Klinik  
Jakob Weindler Straße  
84369 Simbach/Inn

Frau Dr.phil. Dipl.-Psych. Jutta Nordmeyer  
Schiefe Hardt 13  
58093 Hagen

Prof.Dr.med. Reinhard Plassmann  
Burgklinik – Fachklinik für Psychosomatische  
Erkrankungen  
Burgstr. 19  
36213 Stadtlengsfeld

Prof. Dr.phil. Dipl.-Psych. Rainer Richter  
Abteilung für Kinder- und Jugend-Psychiatrie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Dr.med. Dr.phil. Dipl.-Psych. Karl-Heinz Schulz  
Abteilung Medizinische Psychologie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Priv.-Doz. Dr.med. Ulrich Schultz-Venrath  
Neurologische Abteilung –  
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke  
Universität Witten/Herdecke  
Beckweg 4  
58313 Herdecke

Frau Dipl.-SoWi. Lili Seide  
Tiefenbrunn – Krankenhaus für Psychotherapie  
u. psychosomatische Medizin  
37124 Rosdorf

Prof. Dr.med. Hubert Speidel  
Klinik für Psychotherapie u. Psychosomatik  
Universität Kiel  
Niemannsweg 147  
24105 Kiel

Dr.med. Michael Stienen  
Klinik für Psychosomatische Medizin u.  
Psychotherapie  
Universität Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25  
53105 Bonn

Priv.-Doz. Dr.phil. Dipl.-Psych. Bernhard Strauß  
Klinik für Psychotherapie u. Psychosomatik  
Universität Kiel  
Niemannsweg 147  
24105 Kiel

Priv.-Doz. Dr.phil. Dipl.-Psych. Ulrich Stuhr  
Abteilung für Psychosomatik u. Psychotherapie  
Universitätskrankenhaus Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Frau Dipl.-Psych. Claudia Welzel-Ruhrmann  
Klinik für Psychosomatische Medizin u.  
Psychotherapie  
Universität Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25  
53105 Bonn

# Sachregister

## A

- Abduktion 84
- Abhängigkeit 52, 104, 128, 149, 154, 163, 168, 187f., 191f., 195f., 199f., 208, 215, 221, 230, 234, 261f., 264, 292, 298, 334f., 363, 374f., 394, 403, 411, 461, 489, 503ff., 515, 538, 575f.
- Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonflikt 241, 253f., 256, 263, 272
- Abhängigkeitsverklammerungen 290f., 299
- Abort 398, 484, 492
- Abstinenz 460
- Abstoßungskrisen 340, 342
- Abwehr 26ff., 50f., 75, 121, 149, 158, 188, 191, 193, 195ff., 255, 275, 287, 298, 301, 307, 315f., 333, 363, 373f., 378f., 390, 397, 441, 448, 485, 489f., 492, 495, 503, 509, 511, 515, 524, 526, 532, 565
- Abwehrmechanismen 52f., 95, 97, 99, 113, 225, 271, 281, 287, 333, 402f., 407, 416, 428
- Adaptationsprozesse 154, 157, 555
- Adaptationssyndrom 207
- Adipositas 142, 194, 284, 302-310, 387f.
- Adnexitis 494
- Aerophagie 239, 524
- Affekt 29, 55, 91, 94, 98, 120, 168, 195, 301, 350, 352, 354, 367, 372, 378, 397, 451, 502, 512, 543, 565
- Aggression 33, 52ff., 85, 93, 95, 106, 154ff., 159, 168, 195, 202, 205, 252, 255, 261-264, 352, 397, 402, 419, 462, 486, 502f., 545, 559
- aggressive Hemmung 149, 241, 253, 468, 476
- Agieren 81. 98f., 104, 116, 154f., 191, 333, 446, 448, 453, 491, 537
- AIDS 457-462, 480
- Akne 465, 467, 478f., 494
- Aktualangst 55
- Aktualneurose 29, 55
- Alexithymie 51f., 54, 153, 263, 526
- Allergie 229, 423-432, 521
- Allgemeinstationen 560
- Allparteilichkeit 44, 111, 132
- Alter 195, 205, 214, 286, 295, 303, 519, 532-539
- Alternativmedizin 410
- Ambivalenz 29, 75, 195, 214, 235, 290, 298, 318, 341, 355, 373, 375, 407, 441, 454, 487, 495
- Amenorrhoe 284f., 489, 495, 499
- Amniozentese 484, 497f.
- anal 32, 57, 92f., 289
- analytisch orientierte Psychotherapie 100, 191f., 267f.
- Analytische Psychologie 34
- analytische Psychotherapie 19, 100f., 106, 115, 148f.
- Anämie 331, 409, 522
- Anamnese 65-69, 74, 159, 353ff., 370, 372, 581
- Androgynie-Ideal 288
- Anfälle 49, 225, 229, 232, 235, 373, 451, 511ff., 521
- Angina 522f.
- Angina pectoris 203, 207, 213, 509
- Angst 28, 38f., 55f., 65, 75, 86, 99, 140ff., 154f., 168, 174, 185-190, 195, 207ff., 214-217, 221, 224ff., 232f., 235, 252, 255, 268, 271f., 275, 284f., 289, 295, 298, 308, 316, 330, 333f., 340f., 345, 375, 388f., 394, 397, 402, 406-418, 430, 440f., 451, 459ff., 478, 480, 486-489, 492, 495, 497, 505, 511f., 515f., 524f., 536f., 542-547, 556, 561, 564, 570
- Angstneurose 55, 186, 190, 261, 509, 530
- Angststörung 178ff., 241, 243, 363, 371f., 378, 508, 510
- Anorexia nervosa 59, 74, 117, 142, 284-292, 391, 554
- Anpassungsstörung 221, 460, 554

Antidepressiva 175-181, 192, 244f., 319, 356f., 364f., 512, 532  
Antriebserleben 32f.  
Aphonie 525  
Äquivalenz-Paradox 44ff.  
Arbeitsbelastung 203, 575-582  
Arbeitsbündnis 97f., 136, 453f., 561ff.  
Arbeitslosigkeit 198, 273, 341, 398, 578  
Archetypen 35ff.  
Artefakt 350, 372, 446-452  
artifizielle Krankheiten 319, 446, 449, 453  
artifizielle Störung 247, 318, 466  
ärztliches Gespräch 65-78, 86, 168, 317, 479, 504, 559  
Assoziation 37, 97  
assoziative Anamnese 151  
Asthma 11, 44, 50-53, 56, 150, 153, 228-236, 261, 423-429, 432, 467, 521, 534  
asthmatischer Anfall 229, 427f.  
Atopien 424, 467  
atopische Dermatitis 466-476  
Aufklärung 221, 227, 276, 280, 320, 340, 363, 391, 399, 405-409, 412, 493, 496ff., 515  
Aufmerksamkeitssteuerung 414  
Auslösesituation 140, 143, 190, 196, 226, 253, 294, 300f., 365, 383f., 452, 552  
Autoerotik 468  
Autogenes Training 27, 86f., 141, 163f., 200, 210, 236, 268, 274, 357, 416, 474, 507, 509, 511  
Autonomie 31, 34, 45, 93, 95, 132, 187f., 287, 289f., 298, 335, 375, 410, 461, 569, 576

## B

Balanitis 318  
Balint-Gruppe 80-87, 336, 419, 499, 548, 562f.  
Begutachtung 584-588  
Benzodiazepine 173, 177-182, 192  
Beratung 86, 216f., 222, 275, 309f., 322, 335, 390, 415f., 443, 459f., 475, 486f., 525, 553f., 567  
Beta-Rezeptorenblocker 178, 180  
Bewältigungsmodus 188ff.  
Bindungsverhalten 91  
Bioenergetik 27, 165  
Biofeedback 141, 143, 236, 320, 357, 391, 506, 547  
Biographie 40f., 66, 68, 167, 169, 442, 448  
Biosemiotik 57, 58  
Bipersonale Theorie 66  
bipolares Behandlungskonzept 113  
Blasenentzündung 316, 318  
Blasenkarzinom 321  
Blepharospasmus 506f.  
Bluthochdruck 50, 53, 141, 194-200, 327

Borderline 102, 113, 116, 165, 267, 297f., 351, 455  
Botenstoffe 58  
Bruxismus 528, 542f., 545, 547  
Bulimia nervosa 142, 284, 294-302, 522, 542

## C

CAPD 326, 329, 334  
Chemotherapie 321, 407, 409f., 413, 417  
chronisch körperlich Kranke 149, 154-158, 325  
chronisches Müdigkeitssyndrom 361f., 510  
Colitis ulcerosa 52, 150, 153, 259-276, 534, 568  
Compliance 153, 155, 158, 199f., 210, 333, 341f., 389f., 410, 474, 546f., 554f., 561, 572  
Coping 56, 197, 315, 345, 385, 402f., 575, 578

## D

Daseinsanalyse 38  
Daueresser 304  
Delegation 74, 111, 332f., 441  
Depression 71ff., 82, 86, 131, 144f., 154f., 158, 160, 165, 175, 178, 205, 208, 215ff., 230, 252, 261, 270f., 275f., 300, 330, 333f., 345, 350, 352ff., 361ff., 372, 375, 385, 388f., 397, 404, 406, 411ff., 416, 418, 437, 459, 461, 467, 478f., 487f., 493f., 496, 501, 505, 509f., 513-516, 524, 530, 535, 538, 544, 552, 554f., 564  
Desomatisierung 53, 120, 352  
Deutung 29, 36, 78, 97, 99, 103ff., 111, 114, 116f., 235, 555  
Diabetes mellitus 53, 139, 304, 387-391, 440  
Dialysat 326, 328f.  
Dialyse 325-336  
Dialyseeinheiten 564f.  
Dialysepersonal 329, 332, 334ff., 565  
Diarrhoe 53, 243, 245f., 361, 371  
Dreistufenprogramm 376-379  
Drogenabhängigkeit 318, 447  
DSM 59, 355, 372, 508  
dynamische Unbewußtheit 28, 41, 89  
Dysmenorrhoe 484, 488  
Dysmorphophobie 506, 520  
Dyspareunie 436, 438  
Dyspepsie 150, 239-242, 255  
Dysphagie 524  
Dysphonie 525  
Dyssomnien 508  
Dystonien 506-508, 526

## E

eating without satiation 304  
Ejakulation 320, 322, 435-438, 444  
Eltern-Kind-Beziehung 234, 265, 319, 431, 469

emotionale Schockreaktion 154, 156  
 Empathie 40, 78, 95, 167f., 267, 348, 354, 410, 561  
 Entspannung 25, 27, 95, 120, 140, 162f., 244, 246, 256, 378, 416, 502, 527f., 547  
 Entspannungstheorie 87  
 Entspannungsverfahren 143, 192, 200, 210, 236, 357, 385, 416, 477f., 504, 509, 513, 527f.  
 Entwicklungspsychologie 89f., 96  
 Enuresis 319  
 Epidemiologie 66, 186, 194, 203, 213, 228, 240, 243, 246, 249, 260, 270, 286, 295, 303, 326, 338, 344, 362, 368, 383, 395, 423, 438, 450, 468, 475, 477f., 483  
 Erbrechen 114, 175f., 178, 270, 284f., 289, 294f., 302, 321, 327f., 355, 391, 394, 409, 449, 490, 492, 502, 505, 522, 529  
 Erschöpfung 17, 29, 197, 205, 297, 321, 408, 419, 462, 575  
 Erstgespräch 66, 127, 151, 281, 289, 374, 553  
 Erstinterview 66, 100, 105, 127f., 150, 153, 159, 242, 254, 271, 281, 353, 363, 365  
 Eßanfälle 294f., 298, 300  
 essentielle Hypertonie 50, 194, 197f., 200, 534  
 Eßstörung 20, 114, 117, 176, 180, 247, 284-311, 390f., 489  
 ethische Probleme 342  
 Euphorie 143, 442, 514  
 Exploration 27, 40, 65f., 130, 139, 380, 388, 426f., 441, 581  
 extrakorporale Befruchtung 498  
 Extraversion 33, 35f., 390, 398f.

## F

Familientherapie 100, 110f., 124, 128, 132f., 275, 291, 293, 319, 524  
 Feedback 58, 143  
 Fehlleistungen 50, 230  
 Feldenkraismethode 20, 27  
 Fertilität 331, 339, 485f., 493  
 Fibromyalgie 153, 349, 353, 361-365, 371, 373  
 Fixierung 28, 51, 163, 197, 204, 298, 307, 364, 370, 442, 453, 527  
 Flash 70, 75, 83ff.  
 Fluor genitalis 484, 495  
 Fokalkonflikt 39  
 Fokalthherapie 40, 101, 104ff., 167, 508, 513  
 Fortbildung 18f., 21, 80, 85f., 412, 462  
 frühe Störung 33, 52f., 102, 118ff.,  
 Funktionelle Entspannung 27  
 Funktionspflege 559

## G

gastrische Sekretionsaktivitäten 250ff., 255  
 gastrointestinale Störungen 239f., 328

gastroösophagealer Reflux 239, 241f., 523  
 gate-control-Theorie 345, 350, 354, 357, 414  
 Geburtshilfe 27, 483f., 491f.  
 Gedächtnisstörungen 216, 512f., 515  
 Gegenübertragung 31, 69, 72, 74, 83, 98, 101, 107, 111, 166, 208, 348, 354, 358, 373, 561  
 Gehemmtheit 33, 268, 320, 332, 544  
 Generationsgrenzen 128, 273  
 Genogramm 43, 46, 127  
 Gesprächspsychotherapie 112, 165-168, 170  
 Gestalt-Therapie 37f., 41, 45f., 161, 165, 168f.  
 Gestaltungstherapie 20, 28, 43f., 114, 117f., 268, 293, 301  
 Globus pharyngis 523  
 Globusgefühl 373, 523  
 Glossodynie 522  
 Grundregel 32, 38, 97f., 102, 107, 114  
 Gruppen-Setting 44  
 Gruppentherapie 101, 106f., 109, 110, 113ff., 119, 143f., 169, 236f., 256, 335, 347, 358, 365, 384f., 416, 444, 477, 516  
 gynäkologische Erkrankungen 440, 483-499  
 gynoide Adipositas 304

## H

Hämodialyse 326, 328f., 331, 339, 341, 564  
 Harninkontinenz 319f., 484  
 Harnretention 3 15, 32 1  
 Hautfarbe 327  
 Heimdialyse 329, 332f., 335  
 Hemmung 33, 55, 161, 200, 256, 263, 345, 357, 400, 435, 440, 468, 471, 508, 525, 527  
 Hepatitis 279, 322, 328, 339, 394  
 Herpes 318, 399, 413, 467, 480  
 Herzangstneurose 185  
 Herzchirurgie 213-218  
 Herzneurose 53, 150, 1855 193  
 Herzphobie 185  
 Herztod 77, 190, 203  
 Herztodhypochoondrie 21, 59, 185, 192, 225  
 Herztransplantation 220-223, 342  
 Hilflosigkeit 42, 51, 56, 154f., 186, 189, 263, 354, 406, 416, 476, 494, 545, 562  
 HIV-Infektion 457-462  
 Hodentumoren 321, 394  
 Hoffnungslosigkeit 56, 154-157, 263, 351, 397, 399, 402, 415, 509  
 holistische Tradition 18  
 Homöostase 43, 56, 264, 398, 533, 535  
 Hörsturz 526f.  
 Hospiz-Bewegung 419  
 Humanistische Verfahren 41, 165, 169  
 Hyperemesis gravidarum 492  
 Hyperthyreose 53, 449  
 Hypertonie 194-200, 220, 303, 327f., 440, 492

Hyperventilation 141  
Hyperventilationssyndrom 224-227  
Hyperventilationstetanie 21, 185, 226, 535  
Hypnose 17, 25-29, 38, 44, 86f., 161ff., 244, 246, 414, 426f., 471, 477, 480, 507, 524, 547  
Hypnotherapie 45, 161f., 246, 320, 508, 528  
Hypochondrie 52, 154ff., 317, 330, 363, 365, 513, 536  
Hysterektomie 484f., 496  
Hysterie 50f., 523

## I

iatrogene Chronifizierung 85, 87  
iatrogene Fixierung 186  
ICD 59, 185, 284, 286, 348f., 368, 393, 435f., 508  
Ich-Ideal 93  
Ich-Schwäche 149f., 271, 371  
Ich-Spaltung 98  
Ileostoma 269  
Imagination 164, 385, 415f., 477  
immunsuppressive Therapie 220, 338, 342, 513  
Impuls-Abwehr-Konflikt 28f.  
Indexpatient 127, 129, 131f.  
Informationsvermittlung 223, 414, 474  
Inkongruenz 40, 166, 262, 575  
Inszenierung 69, 70, 82, 84, 169, 301, 447, 452  
integratives Behandlungskonzept 114  
integrierte Medizin 18f., 563  
integrierte Psychosomatik 18, 553  
intensivmedizinische Stationen 564  
Intentionalität 33  
Interozeption 231  
interpersoneller Konflikt 29, 109, 169, 289, 307  
Interpretation 72f., 77, 82, 84, 97, 118, 120, 124f., 169, 233, 242, 348, 415, 428, 438, 448, 464, 519, 525  
interstitielle Zytitis 318  
Interview 66, 128ff., 133, 148, 150f., 153, 196, 202, 229, 234, 252, 272, 310, 356, 383, 388, 390, 402, 454, 464, 469f., 514, 552, 554, 576  
intestinale Hypersensibilität 240, 246  
Introversion 33, 35f., 162, 230, 489  
Irritables Colon 150, 153, 239, 240, 243-247, 255, 361

## J

Juck-Kratz-Zirkel 471f., 474, 476  
Juckreiz 339, 349, 465, 467, 469, 471ff., 478, 495, 528

## K

kalte Ischämie 338  
Kataplexie 26f.

Katathymes Bilderleben 161, 163ff.  
Killerzellen 399f.  
Kinderdialyse 334  
Klarifikation 77, 301  
Klärung 30, 44f., 73, 82, 86, 97, 99, 103, 105, 108, 197, 252, 368, 415f., 437, 476, 499, 513, 525  
Klimakterium 440, 484f., 493, 495f.  
kognitiv-verhaltensmodifikatorische Therapie 300  
kognitive Verfahren 140f., 144  
kollektives Unbewußtes 37  
Kollusion 73, 378, 441  
Kompensation 33-37, 77, 186-189, 193, 204, 209, 290, 298, 308, 351, 388, 487, 533  
kompensierte Retention 327  
kompetenter Säugling 90  
Komplementaritätsmodell 52  
Kompromißbildung 50, 97, 397, 524, 544  
Konditionieren 41f., 135, 141, 143f., 353, 357f., 502  
Konditionierung 42, 57, 197, 301, 306, 426, 471f., 507, 519  
Konflikt 308  
konfliktorientierte Therapie 245, 301  
Konfrontation 35, 77, 97, 99, 103, 110, 117, 140ff., 152, 197, 234f., 364, 390, 402, 405, 410, 448, 453ff., 471, 498, 515, 536, 555, 565  
Konsiliardienst 159, 292, 551-556  
Kontext 50, 54, 68, 70, 85, 125, 127ff., 132, 138, 142, 144, 153, 170, 202, 222, 288, 365, 398, 410f., 428f., 436, 485, 491, 493, 495, 496, 499, 552  
Kontingenzerfahrung 90  
Kontrazeption 285, 484-487, 496  
Konversion 21, 29, 49ff., 72, 348, 351, 358, 371f., 511, 519, 530  
Konversionsmodell 49f., 55, 58, 397  
Konzentrationsstörungen 509-513  
Konzentrativen Bewegungstherapie 120f., 275, 293, 379  
Kopfschmerz 50, 143, 178, 241, 243, 295, 315, 328, 332, 344, 349, 354, 356, 394, 418, 488, 493, 501-506, 578  
Koronare Herzkrankheit 202-210, 213, 304, 525  
Körperschema 118, 121, 304  
Körpertherapie 44, 65, 266, 275, 293  
Koryphäenkillersyndrom 78, 544  
Krankheitsangebot 69, 83  
Krankheitsbewältigung 77, 86, 158, 271, 356, 374, 385, 391, 399, 402, 404, 459, 474, 515, 555  
Krankheitsgewinn 31, 190, 287, 350, 353, 357, 375, 378, 414, 488, 511, 537, 547, 552  
Kratzkontrolle 473f.  
Krebspersönlichkeit 397, 399

Krisenintervention 105, 267, 335f., 415, 555  
 Kurztherapie 38, 40, 101, 105, 127, 244, 246,  
 415, 506

## L

Laryngektomie 526  
 Latenz 188, 388, 476  
 Laxantienabusus 239, 246f.  
 Lebendspende 338, 341  
 Lebensqualität 208, 213, 220f., 235, 269, 282f.,  
 314, 321, 345, 396, 400-404, 407f., 410,  
 413, 416, 461, 497, 528  
 Lebertransplantation 279-283  
 Lehranalyse 31, 37, 98  
 Leidensgewinn 72  
 Lernen 20, 41f., 92f., 113, 142f., 207  
 Lernmodell 42, 136f.  
 Lerntheorie 57, 89, 135, 137, 142, 146  
 Liaisondienst 209, 216, 222, 551, 553, 556, 563  
 Libido 33, 35, 54f., 284, 322  
 life event 206, 383, 388, 398, 576  
 Limited-Care-Dialyse 329, 335  
 Logotherapie 165  
 Lumbago-Ischialgie-Syndrom 367-380

## M

Maltherapie 114, 119f., 275, 293  
 Manipulation 43, 119, 136, 300, 318, 446, 448,  
 450ff., 454f., 466, 473, 545  
 Mastektomie 402, 484, 497  
 Meditation 28, 581  
 Menarche 285f., 483, 485  
 Menopause 483, 495  
 Menstruation 115, 484, 488f.  
 Migräne 53, 361, 501-505, 535  
 Miktionshemmungen 315  
 Mißbrauch 82, 163, 178, 355, 446, 511f.  
 Modellernen 140f., 143, 300, 307  
 Morbus Crohn 150, 153, 255, 259f., 269-276,  
 399, 554ff., 568  
 Motivation 51, 85, 94, 101, 133, 148, 150f.,  
 153, 159, 172, 200, 244ff., 255, 268, 293,  
 298, 363ff., 401, 444, 454f., 490, 499, 504,  
 512, 552, 558f., 569  
 Motivierung 20, 36, 72, 133, 136, 159, 191,  
 244, 255, 364, 365  
 Multiple Sklerose 513-516  
 Munchhausen by proxy 447  
 Münchhausen-Syndrom 319, 446f., 449, 453,  
 455  
 Musiktherapie 118f., 121, 275  
 Mutter-Kind-Interaktion 53, 430f., 469  
 Myokardinfarkt 203, 205-208, 327f.

## N

Nähe-Distanz-Konflikt 253-256, 263, 272, 316,  
 441, 468  
 Narzißmus 28, 33, 205, 351, 559  
 narzißtisch-depressiver Kernkonflikt 297  
 narzißtischer Charakter 52  
 narzißtischer Regulationsmodus 190, 372  
 Nasenformhypochondrie 519  
 Neo-Psychoanalyse 32  
 Neuroleptika 173ff., 177-181, 357, 532  
 Neuropathie 321, 328, 330, 413  
 Neurose 37, 52, 55, 68, 96, 112, 116, 161, 166f.,  
 185, 225, 298, 311, 315, 335, 371  
 neurotische Depression 21, 99, 176, 185, 241,  
 554  
 Nierenersatztherapie 326, 329, 331, 338, 342  
 Nierentransplantation 279, 338-342  
 Non-Compliance 77  
 nondirektive Gesprächstherapie 40  
 Notfallpsychotherapie 156  
 Notfallreaktion 55f.

## O

Objekt 15, 25, 35, 44, 50, 57, 91-94, 96, 99,  
 110, 117, 119f., 154, 167, 187f., 190f., 196,  
 298, 341, 352f., 397, 430, 451, 528, 536, 537  
 Objektbeziehung 39, 40, 52, 89, 91, 93f., 99,  
 108, 113, 118, 150f., 156, 159, 243, 293,  
 316, 430, 503  
 Objektverlust 52, 108, 149, 151f., 154, 156,  
 158, 190, 195, 241, 244, 253, 264, 290, 306,  
 383, 385, 451 f.  
 Obstipation 53, 176, 243, 245ff., 409, 535  
 ödipal 39, 93f., 164, 204  
 Ödipuskomplex 29, 50  
 Ödipuskonflikt 93  
 Onkologische Erkrankungen 393-419  
 oral 32, 33, 57, 90, 92f., 119, 195, 243, 264,  
 274, 289, 298, 307, 375, 389, 425, 492, 524  
 oral-narzißtische Objektbeziehung 150, 156  
 organische Psychosyndrome 174, 221  
 Organminderwertigkeit 34  
 Organneurose 50  
 Organspende 220, 279, 282, 338  
 Orgasmusstörung 318, 436ff., 440, 444  
 Ovariectomie 496

## P

Paartherapie 127, 133, 441, 443f.  
 pain-proneness 347, 376  
 Parasomnien 508, 510  
 Parentifizierung 128, 448  
 Penis-Implantat 442  
 Pensée opératoire 51f., 54, 263, 277



Peritonealdialyse 326, 329  
 Persona 35, 37  
 Personenzentrierte Therapie 38, 40f., 44, 46, 166f.  
 phallisch 50, 57, 93, 316  
 Phasenlehre 28, 89  
 Phobie 18, 55, 117, 143, 176, 179, 292, 435  
 Pollakisurie 314f., 318  
 prämenstruelles Syndrom 484, 488f.  
 Prävention 138, 144, 202, 208, 496, 544  
 Praxisdialyse 329  
 Primärprozeß 50, 54, 84, 120, 164  
 Primärtherapie 27  
 Prismafunktion 84  
 Probedeutung 77  
 Problemanalyse 136ff.  
 Progression 53, 393  
 Prostatakarzinom 321, 413  
 Prostatopathie 153, 316ff.  
 Prothesenunverträglichkeit 543, 545f.  
 Prozeßmodell 136  
 Pruritus vulvae 484, 495  
 Pseudo-Unabhängigkeit 253, 255  
 Psoriasis 464, 467, 475-479, 568  
 Psychiatrie 15f., 18-21, 59, 74, 117, 435, 446  
 Psychoanalyse 15ff., 19, 27-33, 35, 37, 39f.,  
 44ff., 49, 57, 59, 66, 81, 84, 89f., 94-99,  
 100, 102f., 106, 110, 112, 117, 120, 128,  
 136, 146, 162, 164ff., 168, 191, 196, 256,  
 298, 300, 353, 357, 453, 564  
 psychoanalytisch orientierte Psychotherapie 84,  
 103, 112f.  
 psychoanalytische Entwicklungslehre 57  
 Psychodrama 37, 44, 161, 165, 169f., 293  
 psychodynamische Therapie 17, 30f., 39, 44,  
 246, 255, 256, 301, 365, 507  
 Psychodynamismus 29, 41, 45f.  
 psychoedukativ 223, 245, 256, 384  
 psychoedukative Maßnahme 158  
 Psychoendokrinologie 487, 496  
 psychogene Hörstörung 527  
 psychogener Schmerz 348, 351, 354-357, 363,  
 453, 501, 544  
 Psychoneuroimmunologie 58, 399, 465, 471, 480  
 Psychoonkologie 393, 399, 401ff.  
 Psychopharmakologische Therapie 21, 172-181  
 Psychosomatische Fachkliniken 19, 554  
 Psychosomatische Grundversorgung 15, 20f.,  
 59, 80, 85ff., 244, 255, 314, 364, 384f., 539,  
 564  
 Psychosomatose 18, 21, 29, 52, 59, 103, 117,  
 162, 225, 534, 554  
 psychosozialer Streß 55f., 278, 510  
 Psychotherapeutische Medizin 15, 21, 49, 59,  
 564  
 Psychotherapieformen 20, 25, 44f., 112

## Q

Quincke-Ödem 477

## R

radikale Prostatektomie 320  
 Rahmenbedingungen 78, 85, 97, 125, 419  
 Reflex 57, 375, 471  
 Reflexmodell 57  
 Regression 32, 38f., 96, 100, 102, 105f., 109f.,  
 119, 162f., 307, 334, 363, 378f., 407, 411,  
 430, 452f., 503, 509, 511, 537  
 Regurgitation 524  
 Rehabilitation 19f., 58, 138, 208f., 214, 216f.,  
 222, 236, 334, 341f., 368, 378, 407  
 Reinszenierung 71, 83, 108, 359  
 Reizblase 315f., 318, 361, 484  
 Reproduktionsmedizin 491, 498  
 Resomatisierung 53f., 90, 103, 120, 352  
 restriktives Eßverhalten 298  
 Rheumatoide Arthritis 53, 260, 346, 350, 356,  
 362f., 382-385, 534  
 Rhinitis 467, 520f.  
 Rhinopathie 520f.  
 Risikofaktoren 139, 181, 194, 198, 202f., 205ff.,  
 210, 215, 217, 235, 251, 254, 257, 298, 328,  
 363, 370, 401, 487, 492, 577  
 Risikopatienten 232

## S

Salutogenese 56  
 Säuglingsbeobachtung 90  
 Scheinschwangerschaft 489  
 Schichtarbeit 205, 577  
 Schlafapnoe 508  
 Schlafstörungen 29, 176, 182, 205, 241, 319,  
 330, 332, 339, 362, 374, 508ff., 525, 535f.,  
 545, 578  
 Schlankheitsideal 287f., 305  
 Schluckstörung 119, 373, 524  
 Schmerz 21, 27f., 115, 159, 168, 175, 179,  
 185f., 231, 239f., 242f., 245, 260, 270, 306,  
 317f., 321, 327, 334, 344-359, 361, 363ff.,  
 367, 369, 371-376, 379, 385, 388, 394, 403,  
 408, 411-415, 417, 436, 442, 451, 465,  
 471 f., 488, 492, 494, 501 f., 505, 507, 510,  
 522f., 528, 535, 537, 542ff., 561  
 Schmerztherapie 356, 386, 413ff.  
 Schnarchen 525  
 Schreibkrampf 141, 506ff.  
 Schulungsprogramme 235f., 384  
 Schwangerschaftsabbrüche 487, 495, 499  
 Schwangerschaftsgestose 492  
 Schwangerschaftskomplikationen 491 f.  
 Schwangerschaftskonflikt 484, 487

- Schweigen 75, 152, 196, 359  
 Schwindel 50, 178, 185, 224f., 295, 349, 373, 409, 511f., 529f., 535  
 Sekundärprozeß 50, 54  
 Selbstakzeptanz 40, 45ff., 167, 519  
 Selbstbeschädigung 318, 446-449, 453ff., 486  
 Selbsthilfegruppe 269, 276, 300, 308f., 335, 385, 404f., 419, 458, 480, 516, 528, 567-573  
 Selbstverstärkungsmechanismus 186, 308, 441ff.  
 Selbstwertgefühl 33, 89, 95, 149, 154, 188f., 287, 297, 301, 307f., 319, 322, 325, 331, 334, 341, 346, 370f., 390, 404, 417, 439, 442, 461, 466, 479, 487, 489, 492f., 497f., 516, 552, 579  
 Sexualität 33, 50, 164, 265, 273, 287f., 290, 298, 322, 325, 331f., 339, 355, 391, 397, 399, 435, 437, 439, 440ff., 457, 466, 476, 486f., 495-498  
 sexuelle Störungen 175f., 331 f., 435-444, 484, 491, 496  
 Sialadenose 522  
 Signalangst 55  
 Sinusitis 522  
 Situationskreismodell 57  
 SKAT 442  
 somatisches Entgegenkommen 50, 190  
 somatoforme autonome Funktionsstörung 185  
 somatoforme Störung 21, 181, 241, 355  
 Somatopsychosomatosen 21  
 soziale Unterstützung 157f., 160, 206, 251, 253, 257, 281, 336, 375, 384, 399, 401, 403ff., 461, 496, 567, 570  
 soziale Wahrnehmung 196  
 soziales Netzwerk 157, 206, 273, 404f., 458, 578  
 Spannungskopfschmerz 144, 353, 361, 501-506  
 Spender 222, 282, 338, 340, 341  
 Spezifität 288, 356, 462, 529, 543  
 Spezifitätshypothese 52f.  
 Spezifitätstheorie 17  
 Spiegelideal 31  
 Starvationssyndrom 287, 289  
 stationäre Psychotherapie 20, 112ff., 116f., 120, 268, 308, 312, 554  
 Sterbebegleitung 415  
 Sterilisation 484, 486f., 495  
 Sterilität 485, 490, 491, 498, 499  
 Streß 29, 56, 195f., 198, 203, 207f., 210, 244, 254, 362, 398, 413, 464f., 470f., 474, 476-479, 501, 505, 520f., 523, 527, 529, 574f., 579, 581  
 Streß-Impfungs-Training 141, 144f., 474  
 Streß-Inkontinenz 319ff.  
 Streßkonzept 56, 198, 206f., 576  
 Streßmodell 55, 58, 398, 575, 577  
 Streßreaktion 207, 503, 527, 575, 581  
 Stressor 145, 229, 234, 240ff., 245, 251ff., 298, 361, 383, 388, 398, 400, 427, 465, 470, 478, 502, 514, 575ff.  
 Streß-Ulkus 252  
 strukturelle Störung 52f., 116  
 Suggestion 26f., 112, 161f., 229, 232, 426, 471, 480, 527  
 suggestive Verfahren 86, 161, 464  
 Suizid 257  
 Suizidalität 21, 178, 181, 222, 330, 333, 460, 511  
 supportiv 102, 148-151, 153ff., 158f., 245f., 384, 455, 554f.  
 supportive Psychotherapie 98, 117, 148-160, 245, 256, 267f., 281, 335, 365, 415f., 443, 453, 554f.  
 Symbolbildung 91f., 117, 120  
 symbolische Darstellung 50  
 Symptomreduktion 29, 136, 172f., 302, 528  
 Syndrom der Freßorgien 304  
 Syndrom nächtlichen Essens 304  
 Systemische Einzeltherapie 132f.  
 Systemische Therapie 42, 111, 124, 127, 129, 132f., 299, 301  
 Szene 70f., 82f., 188, 234
- T**  
 Themenzentrierte Interaktion 165  
 Tiefenpsychologie 28, 35, 40f.  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 100-103, 106, 245, 256  
 tiefenpsychologisch-krankheitsorientierte Gruppentherapie 385  
 tierexperimentelle Streßforschung 400  
 Tinnitus 527ff.  
 Torticollis 143, 506  
 Tranquilizer 173, 177, 357, 365, 493, 532  
 Transaktionsanalyse 165  
 Transplantatabstoßung 338  
 Transplantationserfolg 338, 340  
 Traum 36, 97, 119f., 315, 578  
 Traumatheorie 55  
 Trieb 32, 50, 90, 307  
 Triebkontrolle 95  
 Trieblehre 57  
 Typ A-Verhalten 202, 204, 210, 374, 504, 556, 576, 577  
 Typ C 397, 399  
 Typus migraenicus 503, 505
- U**  
 übende Verfahren 86f., 135, 143, 161, 236  
 Über-Ich 29, 44, 49f., 92f., 95, 113, 115, 196, 378, 441, 495, 509, 527

Übertragung 28, 30-33, 39-42, 44, 69, 83, 89, 95-98, 100-104, 107f., 115, 117, 125, 166, 358, 454, 457, 480, 536f.

Übertragungsneurose 96, 99, 103

Ulcus duodeni 17, 21, 65, 249-257, 375

Ulcus pepticum 52

Urämie 327f., 330f.

urethral 57, 93, 315

Ur-Mißtrauen 92, 152, 159

Urtikaria 464, 467, 477f.

Urvertrauen 92, 95

## V

Vaginismus 436, 438, 444

vaskulärer Kopfschmerz 501

vasovagale Synkopen 53

vegetative Dystonie 17

vegetative Neurosen 50

verbale Intervention 20, 86, 97

Vereinsamung 151, 388, 494, 533f.

Verhaltensanalyse 66, 136, 138, 310, 353

Verhaltensmodifikation 41, 318

Verhaltensnormalität 152, 159

Verhaltenstherapie 20, 38, 41, 46, 112, 135-146, 191f., 200, 246, 291, 308, 356ff., 384, 475, 512

Verrucae 480

Vestibulariskrise 529

vorzeitige Wehentätigkeit 484, 492

Vulvektomie 496

## W

Widerstand 17, 28, 30ff., 39, 41, 56, 75, 85, 89, 97f., 101, 104f., 107, 109, 111, 130, 151,

163, 195, 207, 334, 358, 376, 378, 452, 515, 539, 551, 575

Wiederannäherungskrise 92, 118

Wiederholen 25, 96, 98, 169

Wiederholung 55, 94, 110, 553

Wirkfaktoren 45, 163, 314

## Y

Yoga 28

## Z

Zahnersatz 542f., 545f.

Zahnmedizin 18, 27, 349f., 542, 544

Zahnpflege 544

Zahnverlust 542, 545

zentraler Beziehungskonflikt 71, 105, 293

zentralnervöse Symptome 328, 480, 485, 522

Zweipersonenmedizin 69

zweiphasige Abwehr 53f.

# Sachregister

## A

- Abduktion 84
- Abhängigkeit 52, 104, 128, 149, 154, 163, 168, 187f., 191f., 195f., 199f., 208, 215, 221, 230, 234, 261f., 264, 292, 298, 334f., 363, 374f., 394, 403, 411, 461, 489, 503ff., 515, 538, 575f.
- Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonflikt 241, 253f., 256, 263, 272
- Abhängigkeitsverklammerungen 290f., 299
- Abort 398, 484, 492
- Abstinenz 460
- Abstoßungskrisen 340, 342
- Abwehr 26ff., 50f., 75, 121, 149, 158, 188, 191, 193, 195ff., 255, 275, 287, 298, 301, 307, 315f., 333, 363, 373f., 378f., 390, 397, 441, 448, 485, 489f., 492, 495, 503, 509, 511, 515, 524, 526, 532, 565
- Abwehrmechanismen 52f., 95, 97, 99, 113, 225, 271, 281, 287, 333, 402f., 407, 416, 428
- Adaptationsprozesse 154, 157, 555
- Adaptationssyndrom 207
- Adipositas 142, 194, 284, 302-310, 387f.
- Adnexitis 494
- Aerophagie 239, 524
- Affekt 29, 55, 91, 94, 98, 120, 168, 195, 301, 350, 352, 354, 367, 372, 378, 397, 451, 502, 512, 543, 565
- Aggression 33, 52ff., 85, 93, 95, 106, 154ff., 159, 168, 195, 202, 205, 252, 255, 261-264, 352, 397, 402, 419, 462, 486, 502f., 545, 559
- aggressive Hemmung 149, 241, 253, 468, 476
- Agieren 81. 98f., 104, 116, 154f., 191, 333, 446, 448, 453, 491, 537
- AIDS 457-462, 480
- Akne 465, 467, 478f., 494
- Aktualangst 55
- Aktualneurose 29, 55
- Alexithymie 51f., 54, 153, 263, 526
- Allergie 229, 423-432, 521
- Allgemeinstationen 560
- Allparteilichkeit 44, 111, 132
- Alter 195, 205, 214, 286, 295, 303, 519, 532-539
- Alternativmedizin 410
- Ambivalenz 29, 75, 195, 214, 235, 290, 298, 318, 341, 355, 373, 375, 407, 441, 454, 487, 495
- Amenorrhoe 284f., 489, 495, 499
- Amniozentese 484, 497f.
- anal 32, 57, 92f., 289
- analytisch orientierte Psychotherapie 100, 191f., 267f.
- Analytische Psychologie 34
- analytische Psychotherapie 19, 100f., 106, 115, 148f.
- Anämie 331, 409, 522
- Anamnese 65-69, 74, 159, 353ff., 370, 372, 581
- Androgynie-Ideal 288
- Anfälle 49, 225, 229, 232, 235, 373, 451, 511ff., 521
- Angina 522f.
- Angina pectoris 203, 207, 213, 509
- Angst 28, 38f., 55f., 65, 75, 86, 99, 140ff., 154f., 168, 174, 185-190, 195, 207ff., 214-217, 221, 224ff., 232f., 235, 252, 255, 268, 271f., 275, 284f., 289, 295, 298, 308, 316, 330, 333f., 340f., 345, 375, 388f., 394, 397, 402, 406-418, 430, 440f., 451, 459ff., 478, 480, 486-489, 492, 495, 497, 505, 511f., 515f., 524f., 536f., 542-547, 556, 561, 564, 570
- Angstneurose 55, 186, 190, 261, 509, 530
- Angststörung 178ff., 241, 243, 363, 371f., 378, 508, 510
- Anorexia nervosa 59, 74, 117, 142, 284-292, 391, 554
- Anpassungsstörung 221, 460, 554

Antidepressiva 175-181, 192, 244f., 319, 356f., 364f., 512, 532  
Antriebserleben 32f.  
Aphonie 525  
Äquivalenz-Paradox 44ff.  
Arbeitsbelastung 203, 575-582  
Arbeitsbündnis 97f., 136, 453f., 561ff.  
Arbeitslosigkeit 198, 273, 341, 398, 578  
Archetypen 35ff.  
Artefakt 350, 372, 446-452  
artifizielle Krankheiten 319, 446, 449, 453  
artifizielle Störung 247, 318, 466  
ärztliches Gespräch 65-78, 86, 168, 317, 479, 504, 559  
Assoziation 37, 97  
assoziative Anamnese 151  
Asthma 11, 44, 50-53, 56, 150, 153, 228-236, 261, 423-429, 432, 467, 521, 534  
asthmatischer Anfall 229, 427f.  
Atopien 424, 467  
atopische Dermatitis 466-476  
Aufklärung 221, 227, 276, 280, 320, 340, 363, 391, 399, 405-409, 412, 493, 496ff., 515  
Aufmerksamkeitssteuerung 414  
Auslösesituation 140, 143, 190, 196, 226, 253, 294, 300f., 365, 383f., 452, 552  
Autoerotik 468  
Autogenes Training 27, 86f., 141, 163f., 200, 210, 236, 268, 274, 357, 416, 474, 507, 509, 511  
Autonomie 31, 34, 45, 93, 95, 132, 187f., 287, 289f., 298, 335, 375, 410, 461, 569, 576

## B

Balanitis 318  
Balint-Gruppe 80-87, 336, 419, 499, 548, 562f.  
Begutachtung 584-588  
Benzodiazepine 173, 177-182, 192  
Beratung 86, 216f., 222, 275, 309f., 322, 335, 390, 415f., 443, 459f., 475, 486f., 525, 553f., 567  
Beta-Rezeptorenblocker 178, 180  
Bewältigungsmodus 188ff.  
Bindungsverhalten 91  
Bioenergetik 27, 165  
Biofeedback 141, 143, 236, 320, 357, 391, 506, 547  
Biographie 40f., 66, 68, 167, 169, 442, 448  
Biosemiotik 57, 58  
Bipersonale Theorie 66  
bipolares Behandlungskonzept 113  
Blasenentzündung 316, 318  
Blasenkarzinom 321  
Blepharospasmus 506f.  
Bluthochdruck 50, 53, 141, 194-200, 327

Borderline 102, 113, 116, 165, 267, 297f., 351, 455  
Botenstoffe 58  
Bruxismus 528, 542f., 545, 547  
Bulimia nervosa 142, 284, 294-302, 522, 542

## C

CAPD 326, 329, 334  
Chemotherapie 321, 407, 409f., 413, 417  
chronisch körperlich Kranke 149, 154-158, 325  
chronisches Müdigkeitssyndrom 361f., 510  
Colitis ulcerosa 52, 150, 153, 259-276, 534, 568  
Compliance 153, 155, 158, 199f., 210, 333, 341f., 389f., 410, 474, 546f., 554f., 561, 572  
Coping 56, 197, 315, 345, 385, 402f., 575, 578

## D

Daseinsanalyse 38  
Daueresser 304  
Delegation 74, 111, 332f., 441  
Depression 71ff., 82, 86, 131, 144f., 154f., 158, 160, 165, 175, 178, 205, 208, 215ff., 230, 252, 261, 270f., 275f., 300, 330, 333f., 345, 350, 352ff., 361ff., 372, 375, 385, 388f., 397, 404, 406, 411ff., 416, 418, 437, 459, 461, 467, 478f., 487f., 493f., 496, 501, 505, 509f., 513-516, 524, 530, 535, 538, 544, 552, 554f., 564  
Desomatisierung 53, 120, 352  
Deutung 29, 36, 78, 97, 99, 103ff., 111, 114, 116f., 235, 555  
Diabetes mellitus 53, 139, 304, 387-391, 440  
Dialysat 326, 328f.  
Dialyse 325-336  
Dialyseeinheiten 564f.  
Dialysepersonal 329, 332, 334ff., 565  
Diarrhoe 53, 243, 245f., 361, 371  
Dreistufenprogramm 376-379  
Drogenabhängigkeit 318, 447  
DSM 59, 355, 372, 508  
dynamische Unbewußtheit 28, 41, 89  
Dysmenorrhoe 484, 488  
Dysmorphophobie 506, 520  
Dyspareunie 436, 438  
Dyspepsie 150, 239-242, 255  
Dysphagie 524  
Dysphonie 525  
Dyssomnien 508  
Dystonien 506-508, 526

## E

eating without satiation 304  
Ejakulation 320, 322, 435-438, 444  
Eltern-Kind-Beziehung 234, 265, 319, 431, 469

emotionale Schockreaktion 154, 156  
 Empathie 40, 78, 95, 167f., 267, 348, 354, 410, 561  
 Entspannung 25, 27, 95, 120, 140, 162f., 244, 246, 256, 378, 416, 502, 527f., 547  
 Entspannungstheorie 87  
 Entspannungsverfahren 143, 192, 200, 210, 236, 357, 385, 416, 477f., 504, 509, 513, 527f.  
 Entwicklungspsychologie 89f., 96  
 Enuresis 319  
 Epidemiologie 66, 186, 194, 203, 213, 228, 240, 243, 246, 249, 260, 270, 286, 295, 303, 326, 338, 344, 362, 368, 383, 395, 423, 438, 450, 468, 475, 477f., 483  
 Erbrechen 114, 175f., 178, 270, 284f., 289, 294f., 302, 321, 327f., 355, 391, 394, 409, 449, 490, 492, 502, 505, 522, 529  
 Erschöpfung 17, 29, 197, 205, 297, 321, 408, 419, 462, 575  
 Erstgespräch 66, 127, 151, 281, 289, 374, 553  
 Erstinterview 66, 100, 105, 127f., 150, 153, 159, 242, 254, 271, 281, 353, 363, 365  
 Eßanfälle 294f., 298, 300  
 essentielle Hypertonie 50, 194, 197f., 200, 534  
 Eßstörung 20, 114, 117, 176, 180, 247, 284-311, 390f., 489  
 ethische Probleme 342  
 Euphorie 143, 442, 514  
 Exploration 27, 40, 65f., 130, 139, 380, 388, 426f., 441, 581  
 extrakorporale Befruchtung 498  
 Extraversion 33, 35f., 390, 398f.

## F

Familientherapie 100, 110f., 124, 128, 132f., 275, 291, 293, 319, 524  
 Feedback 58, 143  
 Fehlleistungen 50, 230  
 Feldenkraismethode 20, 27  
 Fertilität 331, 339, 485f., 493  
 Fibromyalgie 153, 349, 353, 361-365, 371, 373  
 Fixierung 28, 51, 163, 197, 204, 298, 307, 364, 370, 442, 453, 527  
 Flash 70, 75, 83ff.  
 Fluor genitalis 484, 495  
 Fokalkonflikt 39  
 Fokalthherapie 40, 101, 104ff., 167, 508, 513  
 Fortbildung 18f., 21, 80, 85f., 412, 462  
 frühe Störung 33, 52f., 102, 118ff.,  
 Funktionelle Entspannung 27  
 Funktionspflege 559

## G

gastrische Sekretionsaktivitäten 250ff., 255  
 gastrointestinale Störungen 239f., 328

gastroösophagealer Reflux 239, 241f., 523  
 gate-control-Theorie 345, 350, 354, 357, 414  
 Geburtshilfe 27, 483f., 491f.  
 Gedächtnisstörungen 216, 512f., 515  
 Gegenübertragung 31, 69, 72, 74, 83, 98, 101, 107, 111, 166, 208, 348, 354, 358, 373, 561  
 Gehemmtheit 33, 268, 320, 332, 544  
 Generationsgrenzen 128, 273  
 Genogramm 43, 46, 127  
 Gesprächspsychotherapie 112, 165-168, 170  
 Gestalt-Therapie 37f., 41, 45f., 161, 165, 168f.  
 Gestaltungstherapie 20, 28, 43f., 114, 117f., 268, 293, 301  
 Globus pharyngis 523  
 Globusgefühl 373, 523  
 Glossodynie 522  
 Grundregel 32, 38, 97f., 102, 107, 114  
 Gruppen-Setting 44  
 Gruppentherapie 101, 106f., 109, 110, 113ff., 119, 143f., 169, 236f., 256, 335, 347, 358, 365, 384f., 416, 444, 477, 516  
 gynäkologische Erkrankungen 440, 483-499  
 gynoide Adipositas 304

## H

Hämodialyse 326, 328f., 331, 339, 341, 564  
 Harninkontinenz 319f., 484  
 Harnretention 3 15, 32 1  
 Hautfarbe 327  
 Heimdialyse 329, 332f., 335  
 Hemmung 33, 55, 161, 200, 256, 263, 345, 357, 400, 435, 440, 468, 471, 508, 525, 527  
 Hepatitis 279, 322, 328, 339, 394  
 Herpes 318, 399, 413, 467, 480  
 Herzangstneurose 185  
 Herzchirurgie 213-218  
 Herzneurose 53, 150, 1855 193  
 Herzphobie 185  
 Herztod 77, 190, 203  
 Herztodhypochoondrie 21, 59, 185, 192, 225  
 Herztransplantation 220-223, 342  
 Hilflosigkeit 42, 51, 56, 154f., 186, 189, 263, 354, 406, 416, 476, 494, 545, 562  
 HIV-Infektion 457-462  
 Hodentumoren 321, 394  
 Hoffnungslosigkeit 56, 154-157, 263, 351, 397, 399, 402, 415, 509  
 holistische Tradition 18  
 Homöostase 43, 56, 264, 398, 533, 535  
 Hörsturz 526f.  
 Hospiz-Bewegung 419  
 Humanistische Verfahren 41, 165, 169  
 Hyperemesis gravidarum 492  
 Hyperthyreose 53, 449  
 Hypertonie 194-200, 220, 303, 327f., 440, 492

Hyperventilation 141  
Hyperventilationssyndrom 224-227  
Hyperventilationstetanie 21, 185, 226, 535  
Hypnose 17, 25-29, 38, 44, 86f., 161ff., 244, 246, 414, 426f., 471, 477, 480, 507, 524, 547  
Hypnotherapie 45, 161f., 246, 320, 508, 528  
Hypochondrie 52, 154ff., 317, 330, 363, 365, 513, 536  
Hysterektomie 484f., 496  
Hysterie 50f., 523

## I

iatrogene Chronifizierung 85, 87  
iatrogene Fixierung 186  
ICD 59, 185, 284, 286, 348f., 368, 393, 435f., 508  
Ich-Ideal 93  
Ich-Schwäche 149f., 271, 371  
Ich-Spaltung 98  
Ileostoma 269  
Imagination 164, 385, 415f., 477  
immunsuppressive Therapie 220, 338, 342, 513  
Impuls-Abwehr-Konflikt 28f.  
Indexpatient 127, 129, 131f.  
Informationsvermittlung 223, 414, 474  
Inkongruenz 40, 166, 262, 575  
Inszenierung 69, 70, 82, 84, 169, 301, 447, 452  
integratives Behandlungskonzept 114  
integrierte Medizin 18f., 563  
integrierte Psychosomatik 18, 553  
intensivmedizinische Stationen 564  
Intentionalität 33  
Interozeption 231  
interpersoneller Konflikt 29, 109, 169, 289, 307  
Interpretation 72f., 77, 82, 84, 97, 118, 120, 124f., 169, 233, 242, 348, 415, 428, 438, 448, 464, 519, 525  
interstitielle Zytitis 318  
Interview 66, 128ff., 133, 148, 150f., 153, 196, 202, 229, 234, 252, 272, 310, 356, 383, 388, 390, 402, 454, 464, 469f., 514, 552, 554, 576  
intestinale Hypersensibilität 240, 246  
Introversion 33, 35f., 162, 230, 489  
Irritables Colon 150, 153, 239, 240, 243-247, 255, 361

## J

Juck-Kratz-Zirkel 471f., 474, 476  
Juckreiz 339, 349, 465, 467, 469, 471ff., 478, 495, 528

## K

kalte Ischämie 338  
Kataplexie 26f.

Katathymes Bilderleben 161, 163ff.  
Killerzellen 399f.  
Kinderdialyse 334  
Klarifikation 77, 301  
Klärung 30, 44f., 73, 82, 86, 97, 99, 103, 105, 108, 197, 252, 368, 415f., 437, 476, 499, 513, 525  
Klimakterium 440, 484f., 493, 495f.  
kognitiv-verhaltensmodifikatorische Therapie 300  
kognitive Verfahren 140f., 144  
kollektives Unbewußtes 37  
Kollusion 73, 378, 441  
Kompensation 33-37, 77, 186-189, 193, 204, 209, 290, 298, 308, 351, 388, 487, 533  
kompensierte Retention 327  
kompetenter Säugling 90  
Komplementaritätsmodell 52  
Kompromißbildung 50, 97, 397, 524, 544  
Konditionieren 41f., 135, 141, 143f., 353, 357f., 502  
Konditionierung 42, 57, 197, 301, 306, 426, 471f., 507, 519  
Konflikt 308  
konfliktorientierte Therapie 245, 301  
Konfrontation 35, 77, 97, 99, 103, 110, 117, 140ff., 152, 197, 234f., 364, 390, 402, 405, 410, 448, 453ff., 471, 498, 515, 536, 555, 565  
Konsiliardienst 159, 292, 551-556  
Kontext 50, 54, 68, 70, 85, 125, 127ff., 132, 138, 142, 144, 153, 170, 202, 222, 288, 365, 398, 410f., 428f., 436, 485, 491, 493, 495, 496, 499, 552  
Kontingenzerfahrung 90  
Kontrazeption 285, 484-487, 496  
Konversion 21, 29, 49ff., 72, 348, 351, 358, 371f., 511, 519, 530  
Konversionsmodell 49f., 55, 58, 397  
Konzentrationsstörungen 509-513  
Konzentrativen Bewegungstherapie 120f., 275, 293, 379  
Kopfschmerz 50, 143, 178, 241, 243, 295, 315, 328, 332, 344, 349, 354, 356, 394, 418, 488, 493, 501-506, 578  
Koronare Herzkrankheit 202-210, 213, 304, 525  
Körperschema 118, 121, 304  
Körpertherapie 44, 65, 266, 275, 293  
Koryphäenkillersyndrom 78, 544  
Krankheitsangebot 69, 83  
Krankheitsbewältigung 77, 86, 158, 271, 356, 374, 385, 391, 399, 402, 404, 459, 474, 515, 555  
Krankheitsgewinn 31, 190, 287, 350, 353, 357, 375, 378, 414, 488, 511, 537, 547, 552  
Kratzkontrolle 473f.  
Krebspersönlichkeit 397, 399

Krisenintervention 105, 267, 335f., 415, 555  
 Kurztherapie 38, 40, 101, 105, 127, 244, 246,  
 415, 506

## L

Laryngektomie 526  
 Latenz 188, 388, 476  
 Laxantienabusus 239, 246f.  
 Lebendspende 338, 341  
 Lebensqualität 208, 213, 220f., 235, 269, 282f.,  
 314, 321, 345, 396, 400-404, 407f., 410,  
 413, 416, 461, 497, 528  
 Lebertransplantation 279-283  
 Lehranalyse 31, 37, 98  
 Leidensgewinn 72  
 Lernen 20, 41f., 92f., 113, 142f., 207  
 Lernmodell 42, 136f.  
 Lerntheorie 57, 89, 135, 137, 142, 146  
 Liaisondienst 209, 216, 222, 551, 553, 556, 563  
 Libido 33, 35, 54f., 284, 322  
 life event 206, 383, 388, 398, 576  
 Limited-Care-Dialyse 329, 335  
 Logotherapie 165  
 Lumbago-Ischialgie-Syndrom 367-380

## M

Maltherapie 114, 119f., 275, 293  
 Manipulation 43, 119, 136, 300, 318, 446, 448,  
 450ff., 454f., 466, 473, 545  
 Mastektomie 402, 484, 497  
 Meditation 28, 581  
 Menarche 285f., 483, 485  
 Menopause 483, 495  
 Menstruation 115, 484, 488f.  
 Migräne 53, 361, 501-505, 535  
 Miktionshemmungen 315  
 Mißbrauch 82, 163, 178, 355, 446, 511f.  
 Modellernen 140f., 143, 300, 307  
 Morbus Crohn 150, 153, 255, 259f., 269-276,  
 399, 554ff., 568  
 Motivation 51, 85, 94, 101, 133, 148, 150f.,  
 153, 159, 172, 200, 244ff., 255, 268, 293,  
 298, 363ff., 401, 444, 454f., 490, 499, 504,  
 512, 552, 558f., 569  
 Motivierung 20, 36, 72, 133, 136, 159, 191,  
 244, 255, 364, 365  
 Multiple Sklerose 513-516  
 Munchhausen by proxy 447  
 Münchhausen-Syndrom 319, 446f., 449, 453,  
 455  
 Musiktherapie 118f., 121, 275  
 Mutter-Kind-Interaktion 53, 430f., 469  
 Myokardinfarkt 203, 205-208, 327f.

## N

Nähe-Distanz-Konflikt 253-256, 263, 272, 316,  
 441, 468  
 Narzißmus 28, 33, 205, 351, 559  
 narzißtisch-depressiver Kernkonflikt 297  
 narzißtischer Charakter 52  
 narzißtischer Regulationsmodus 190, 372  
 Nasenformhypochondrie 519  
 Neo-Psychoanalyse 32  
 Neuroleptika 173ff., 177-181, 357, 532  
 Neuropathie 321, 328, 330, 413  
 Neurose 37, 52, 55, 68, 96, 112, 116, 161, 166f.,  
 185, 225, 298, 311, 315, 335, 371  
 neurotische Depression 21, 99, 176, 185, 241,  
 554  
 Nierenersatztherapie 326, 329, 331, 338, 342  
 Nierentransplantation 279, 338-342  
 Non-Compliance 77  
 nondirektive Gesprächstherapie 40  
 Notfallpsychotherapie 156  
 Notfallreaktion 55f.

## O

Objekt 15, 25, 35, 44, 50, 57, 91-94, 96, 99,  
 110, 117, 119f., 154, 167, 187f., 190f., 196,  
 298, 341, 352f., 397, 430, 451, 528, 536, 537  
 Objektbeziehung 39, 40, 52, 89, 91, 93f., 99,  
 108, 113, 118, 150f., 156, 159, 243, 293,  
 316, 430, 503  
 Objektverlust 52, 108, 149, 151f., 154, 156,  
 158, 190, 195, 241, 244, 253, 264, 290, 306,  
 383, 385, 451 f.  
 Obstipation 53, 176, 243, 245ff., 409, 535  
 ödipal 39, 93f., 164, 204  
 Ödipuskomplex 29, 50  
 Ödipuskonflikt 93  
 Onkologische Erkrankungen 393-419  
 oral 32, 33, 57, 90, 92f., 119, 195, 243, 264,  
 274, 289, 298, 307, 375, 389, 425, 492, 524  
 oral-narzißtische Objektbeziehung 150, 156  
 organische Psychosyndrome 174, 221  
 Organminderwertigkeit 34  
 Organneurose 50  
 Organspende 220, 279, 282, 338  
 Orgasmusstörung 318, 436ff., 440, 444  
 Ovariectomie 496

## P

Paartherapie 127, 133, 441, 443f.  
 pain-proneness 347, 376  
 Parasomnien 508, 510  
 Parentifizierung 128, 448  
 Penis-Implantat 442  
 Pensée opératoire 51f., 54, 263, 277



Peritonealdialyse 326, 329  
Persona 35, 37  
Personenzentrierte Therapie 38, 40f., 44, 46, 166f.  
phallisch 50, 57, 93, 316  
Phasenlehre 28, 89  
Phobie 18, 55, 117, 143, 176, 179, 292, 435  
Pollakisurie 314f., 318  
prämenstruelles Syndrom 484, 488f.  
Prävention 138, 144, 202, 208, 496, 544  
Praxisdialyse 329  
Primärprozeß 50, 54, 84, 120, 164  
Primärtherapie 27  
Prismafunktion 84  
Probedeutung 77  
Problemanalyse 136ff.  
Progression 53, 393  
Prostatakarzinom 321, 413  
Prostatopathie 153, 316ff.  
Prothesenunverträglichkeit 543, 545f.  
Prozeßmodell 136  
Pruritus vulvae 484, 495  
Pseudo-Unabhängigkeit 253, 255  
Psoriasis 464, 467, 475-479, 568  
Psychiatrie 15f., 18-21, 59, 74, 117, 435, 446  
Psychoanalyse 15ff., 19, 27-33, 35, 37, 39f.,  
44ff., 49, 57, 59, 66, 81, 84, 89f., 94-99,  
100, 102f., 106, 110, 112, 117, 120, 128,  
136, 146, 162, 164ff., 168, 191, 196, 256,  
298, 300, 353, 357, 453, 564  
psychoanalytisch orientierte Psychotherapie 84,  
103, 112f.  
psychoanalytische Entwicklungslehre 57  
Psychodrama 37, 44, 161, 165, 169f., 293  
psychodynamische Therapie 17, 30f., 39, 44,  
246, 255, 256, 301, 365, 507  
Psychodynamismus 29, 41, 45f.  
psychoedukativ 223, 245, 256, 384  
psychoedukative Maßnahme 158  
Psychoendokrinologie 487, 496  
psychogene Hörstörung 527  
psychogener Schmerz 348, 351, 354-357, 363,  
453, 501, 544  
Psychoneuroimmunologie 58, 399, 465, 471, 480  
Psychoonkologie 393, 399, 401ff.  
Psychopharmakologische Therapie 21, 172-181  
Psychosomatische Fachkliniken 19, 554  
Psychosomatische Grundversorgung 15, 20f.,  
59, 80, 85ff., 244, 255, 314, 364, 384f., 539,  
564  
Psychosomatose 18, 21, 29, 52, 59, 103, 117,  
162, 225, 534, 554  
psychosozialer Streß 55f., 278, 510  
Psychotherapeutische Medizin 15, 21, 49, 59,  
564  
Psychotherapieformen 20, 25, 44f., 112

## Q

Quincke-Ödem 477

## R

radikale Prostatektomie 320  
Rahmenbedingungen 78, 85, 97, 125, 419  
Reflex 57, 375, 471  
Reflexmodell 57  
Regression 32, 38f., 96, 100, 102, 105f., 109f.,  
119, 162f., 307, 334, 363, 378f., 407, 411,  
430, 452f., 503, 509, 511, 537  
Regurgitation 524  
Rehabilitation 19f., 58, 138, 208f., 214, 216f.,  
222, 236, 334, 341f., 368, 378, 407  
Reinszenierung 71, 83, 108, 359  
Reizblase 315f., 318, 361, 484  
Reproduktionsmedizin 491, 498  
Resomatisierung 53f., 90, 103, 120, 352  
restriktives Eßverhalten 298  
Rheumatoide Arthritis 53, 260, 346, 350, 356,  
362f., 382-385, 534  
Rhinitis 467, 520f.  
Rhinopathie 520f.  
Risikofaktoren 139, 181, 194, 198, 202f., 205ff.,  
210, 215, 217, 235, 251, 254, 257, 298, 328,  
363, 370, 401, 487, 492, 577  
Risikopatienten 232

## S

Salutogenese 56  
Säuglingsbeobachtung 90  
Scheinschwangerschaft 489  
Schichtarbeit 205, 577  
Schlafapnoe 508  
Schlafstörungen 29, 176, 182, 205, 241, 319,  
330, 332, 339, 362, 374, 508ff., 525, 535f.,  
545, 578  
Schlankheitsideal 287f., 305  
Schluckstörung 119, 373, 524  
Schmerz 21, 27f., 115, 159, 168, 175, 179,  
185f., 231, 239f., 242f., 245, 260, 270, 306,  
317f., 321, 327, 334, 344-359, 361, 363ff.,  
367, 369, 371-376, 379, 385, 388, 394, 403,  
408, 411-415, 417, 436, 442, 451, 465,  
471 f., 488, 492, 494, 501 f., 505, 507, 510,  
522f., 528, 535, 537, 542ff., 561  
Schmerztherapie 356, 386, 413ff.  
Schnarchen 525  
Schreibkrampf 141, 506ff.  
Schulungsprogramme 235f., 384  
Schwangerschaftsabbrüche 487, 495, 499  
Schwangerschaftsgestose 492  
Schwangerschaftskomplikationen 491 f.  
Schwangerschaftskonflikt 484, 487

- Schweigen 75, 152, 196, 359  
 Schwindel 50, 178, 185, 224f., 295, 349, 373, 409, 511f., 529f., 535  
 Sekundärprozeß 50, 54  
 Selbstakzeptanz 40, 45ff., 167, 519  
 Selbstbeschädigung 318, 446-449, 453ff., 486  
 Selbsthilfegruppe 269, 276, 300, 308f., 335, 385, 404f., 419, 458, 480, 516, 528, 567-573  
 Selbstverstärkungsmechanismus 186, 308, 441ff.  
 Selbstwertgefühl 33, 89, 95, 149, 154, 188f., 287, 297, 301, 307f., 319, 322, 325, 331, 334, 341, 346, 370f., 390, 404, 417, 439, 442, 461, 466, 479, 487, 489, 492f., 497f., 516, 552, 579  
 Sexualität 33, 50, 164, 265, 273, 287f., 290, 298, 322, 325, 331f., 339, 355, 391, 397, 399, 435, 437, 439, 440ff., 457, 466, 476, 486f., 495-498  
 sexuelle Störungen 175f., 331 f., 435-444, 484, 491, 496  
 Sialadenose 522  
 Signalangst 55  
 Sinusitis 522  
 Situationskreismodell 57  
 SKAT 442  
 somatisches Entgegenkommen 50, 190  
 somatoforme autonome Funktionsstörung 185  
 somatoforme Störung 21, 181, 241, 355  
 Somatopsychosomatosen 21  
 soziale Unterstützung 157f., 160, 206, 251, 253, 257, 281, 336, 375, 384, 399, 401, 403ff., 461, 496, 567, 570  
 soziale Wahrnehmung 196  
 soziales Netzwerk 157, 206, 273, 404f., 458, 578  
 Spannungskopfschmerz 144, 353, 361, 501-506  
 Spender 222, 282, 338, 340, 341  
 Spezifität 288, 356, 462, 529, 543  
 Spezifitätshypothese 52f.  
 Spezifitätstheorie 17  
 Spiegelideal 31  
 Starvationssyndrom 287, 289  
 stationäre Psychotherapie 20, 112ff., 116f., 120, 268, 308, 312, 554  
 Sterbebegleitung 415  
 Sterilisation 484, 486f., 495  
 Sterilität 485, 490, 491, 498, 499  
 Streß 29, 56, 195f., 198, 203, 207f., 210, 244, 254, 362, 398, 413, 464f., 470f., 474, 476-479, 501, 505, 520f., 523, 527, 529, 574f., 579, 581  
 Streß-Impfungs-Training 141, 144f., 474  
 Streß-Inkontinenz 319ff.  
 Streßkonzept 56, 198, 206f., 576  
 Streßmodell 55, 58, 398, 575, 577  
 Streßreaktion 207, 503, 527, 575, 581  
 Stressor 145, 229, 234, 240ff., 245, 251ff., 298, 361, 383, 388, 398, 400, 427, 465, 470, 478, 502, 514, 575ff.  
 Streß-Ulkus 252  
 strukturelle Störung 52f., 116  
 Suggestion 26f., 112, 161f., 229, 232, 426, 471, 480, 527  
 suggestive Verfahren 86, 161, 464  
 Suizid 257  
 Suizidalität 21, 178, 181, 222, 330, 333, 460, 511  
 supportiv 102, 148-151, 153ff., 158f., 245f., 384, 455, 554f.  
 supportive Psychotherapie 98, 117, 148-160, 245, 256, 267f., 281, 335, 365, 415f., 443, 453, 554f.  
 Symbolbildung 91f., 117, 120  
 symbolische Darstellung 50  
 Symptomreduktion 29, 136, 172f., 302, 528  
 Syndrom der Freßorgien 304  
 Syndrom nächtlichen Essens 304  
 Systemische Einzeltherapie 132f.  
 Systemische Therapie 42, 111, 124, 127, 129, 132f., 299, 301  
 Szene 70f., 82f., 188, 234
- T**  
 Themenzentrierte Interaktion 165  
 Tiefenpsychologie 28, 35, 40f.  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 100-103, 106, 245, 256  
 tiefenpsychologisch-krankheitsorientierte Gruppentherapie 385  
 tierexperimentelle Streßforschung 400  
 Tinnitus 527ff.  
 Torticollis 143, 506  
 Tranquilizer 173, 177, 357, 365, 493, 532  
 Transaktionsanalyse 165  
 Transplantatabstoßung 338  
 Transplantationserfolg 338, 340  
 Traum 36, 97, 119f., 315, 578  
 Traumatheorie 55  
 Trieb 32, 50, 90, 307  
 Triebkontrolle 95  
 Trieblehre 57  
 Typ A-Verhalten 202, 204, 210, 374, 504, 556, 576, 577  
 Typ C 397, 399  
 Typus migraenicus 503, 505
- U**  
 übende Verfahren 86f., 135, 143, 161, 236  
 Über-Ich 29, 44, 49f., 92f., 95, 113, 115, 196, 378, 441, 495, 509, 527

Übertragung 28, 30-33, 39-42, 44, 69, 83, 89, 95-98, 100-104, 107f., 115, 117, 125, 166, 358, 454, 457, 480, 536f.

Übertragungsneurose 96, 99, 103

Ulcus duodeni 17, 21, 65, 249-257, 375

Ulcus pepticum 52

Urämie 327f., 330f.

urethral 57, 93, 315

Ur-Mißtrauen 92, 152, 159

Urtikaria 464, 467, 477f.

Urvertrauen 92, 95

## V

Vaginismus 436, 438, 444

vaskulärer Kopfschmerz 501

vasovagale Synkopen 53

vegetative Dystonie 17

vegetative Neurosen 50

verbale Intervention 20, 86, 97

Vereinsamung 151, 388, 494, 533f.

Verhaltensanalyse 66, 136, 138, 310, 353

Verhaltensmodifikation 41, 318

Verhaltensnormalität 152, 159

Verhaltenstherapie 20, 38, 41, 46, 112, 135-146, 191f., 200, 246, 291, 308, 356ff., 384, 475, 512

Verrucae 480

Vestibulariskrise 529

vorzeitige Wehentätigkeit 484, 492

Vulvektomie 496

## W

Widerstand 17, 28, 30ff., 39, 41, 56, 75, 85, 89, 97f., 101, 104f., 107, 109, 111, 130, 151,

163, 195, 207, 334, 358, 376, 378, 452, 515, 539, 551, 575

Wiederannäherungskrise 92, 118

Wiederholen 25, 96, 98, 169

Wiederholung 55, 94, 110, 553

Wirkfaktoren 45, 163, 314

## Y

Yoga 28

## Z

Zahnersatz 542f., 545f.

Zahnmedizin 18, 27, 349f., 542, 544

Zahnpflege 544

Zahnverlust 542, 545

zentraler Beziehungskonflikt 71, 105, 293

zentralnervöse Symptome 328, 480, 485, 522

Zweipersonenmedizin 69

zweiphasige Abwehr 53f.